Rok XXX. Kraków, 7 Lutego 1891. Nr. 6.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Peres, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 5 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiem i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ 1½ „	„ 3½ „	„ 6 „

I. O uleczněj formie „tabes".

Podał

Prof. Dr. Adamkiewicz.

Od czasu, kiedy Fournier wykazał, że uwiąd rdzenia jest chorobą rdzenia na tle kiły się rozwijającą, powstał cały szereg prac[1]), które starały się wyjaśnić stosunek uwiądu rdzenia do kiły. Nader ożywione zajęcie się tą sprawą miało w tem swoją przyczynę, że nagle zaświeciła nadzieja, że uwiąd rdzenia, do tego czasu uważany za chorobę nieuleczną, przecież należeć będzie do chorób uleczonych. Oczekiwania jednak w większéj części zawiodły.

Wprawdzie prawdą jest, jak to przedewszystkiem badania statystyczne Erba wykazały, że znaczny procent przypadków uwiądu rdzenia polega na zakażeniu kiłowém; ale tak samo jest pewnem, że znaczna większość tych przypadków opiera się leczeniu przeciwkiłowemu. Wprawdzie pojedyncze przypadki uwiądu rdzenia przy leczeniu przeciwkiłowem poprawiały się, nawet objawy uwiądu zupełnie ustąpiły, ale nie mówiąc już o tem, że to były osobliwe wyjątki, to jeszcze dokładna analyza takowych pokazuje, że to nie były wcale przypadki czystego zwyrodnienia sznurów tylnych, tylko postacie owéj choroby, która okazuje objawy odpowiadające mniéj lub więcéj objawom uwiądu rdzenia, a która, jak to wykazały przedewszystkiem badania Westphala, Jürgensa i innych, polega na swoistem zajęciu opon mózgu i rdzenia: *meningitis cerebro — spinalis gummosa.*

Od czasu kiedy to poznano, stało się mniemanie dominującem, że na uwiąd rdzenia, jakkolwiek ten w tak bliskim stoi stosunku do kiły, leczenie przeciwkiłowe nie ma żadnego wpływu. A doświadczenie na tem polu miało daléj wykazać, że takie leczenie częściéj wpływa niekorzystnie, jak korzystnie na przebieg wiądu rdzenia.

I tak z pełnego nadziei oczekiwania, że uwiąd rdzenia da się uleczyć leczeniem przeciwkiłowem, przeszli autorowie znów w okres powątpiewań co do uleczności uwiądu rdzenia.

Że ta rezygnacyja jest nieusprawiedliwioną, a przeto szkodliwą, wykażą niżéj opisane przypadki chorobowe. Jeśli im się uda znów wzbudzić zaufanie dla swoistego leczenia uwiądu rdzenia, to doświadczenie wkrótce zestawi odpowiedni materyjał, który wykaże, czy pewne cechy, które okazywały moje przypadki, nie posiadają cech dowodzących uleczności *tabes.* Przypadki przezemnie obserwowane były następujące:

Przypadek I. H. S. mężczyzna 44-letni, zauważył w 8 dni po operacyi na szyi na oddziale chirurgicznym prof. Dra Obalińskiego w chwili, kiedy już miał szpital opuścić, nagle bez wszelkich zwiastunów powstałe osłabienie kończyn dolnych. Było to z końcem stycznia 1888 r.

Rana operacyjna była już zagojoną, a chory miał właśnie opuścić szpital, gdyż się pokazało, że niedowład kończyn, na który chory z początku mało zwracał uwagi, nie dozwolił mu urzeczywistnić tego zamiaru. Dnia 19-go marca widziałem chorego, którego prof. Obaliński mi łaskawie przedstawił, po raz pierwszy. W czasie tym okazywał chód wybitnie niezborny obok znacznéj niepewności w ruchach i brak energii i siły w pracującéj muskulaturze.

Chory mógł tylko z wielkim wysiłkiem utrzymać się na nogach i z wielkiem natężeniem się posuwać.

Chód we wszystkich szczegółach odpowiadał temu, jaki opisałem w mem dziele o chorobach zwyrodnienia rdzenia pacierzowego[1]), na pewnym przypadku wybitnym. Tutaj więc tem się zadowalam, że odsyłam czytelnika do téj pracy.

[1]) Rumpf: *Die syphilischen Erkrankungen des Nervensystems.* Wiesbaden 1888. s. 368.

[1]) *Die degenerativen Krankheiten des Rückenmarkes.* Stuttgart 1888. Ferd. Enke, s. 74.

Dokładniejsze badanie chorego wykazało: schudnienie całego ciała, szczególniéj lewej kończyny dolnéj, lekki ból głowy, nieznaczną różnicę w szerokości obu źrenic, prawa nieco szersza i trochę leniwiéj oddziaływała na światło, przedewszystkiem jednak wybitny niedowład dolnych kończyn. Wprawdzie był chory w stanie, leżąc na wznak, wykonać takowemi wszystkie ruchy, ale były do tego potrzebne znaczne natężenie się chorego, a ruchy te wykonywał z małą energiją.

Badanie ruchów biernych wykazało, że stawy bardzo były wiotkie, odruchów ścięgnistych brak zupełny. Czucie jednak we wszystkich rodzajach było utrzymane, czucie mięśniowe niezmienione, a funkcyje organów brzusznych i miednicy z wyjątkiem pewnego osłabienia (atonii) jelit zupełnie prawidłowe.

Niedowład kończyn dolnych szybko się powiększał. Z końcem lutego, a więc w miesiąc po rozpoczęciu się choroby, mógł się chory utrzymać na nogach tylko przy pomocy kija i tylko z trudnością posuwać się naprzód. Wkrótce stracił i tę resztę swéj siły; przy każdéj próbie, w któréj chciał się utrzymać na nogach, kolana odmówiły posłuszeństwa i wnet był tak dalece porażonym, że nawet nie był w stanie bez pomocy w łóżku zmienić swego położenia i tylko trochę mógł poruszać nogą prawą w kolanie i biodrze. W czasie, gdy kończyny dolne i muskulatura kadłuba zupełnemu uległy porażeniu, nastąpiły i zboczenia w czuciu podmiotowem, gdyż chory skarżyć się zaczął na pewne uczucie zdrętwienia w rękach i nogach, które nie polegało na jakiemś wykazalnem zaburzeniu w czuciu. Uczucia opasania nie było.

Porażenie w dalszym ciągu przeszło z kadłuba na kończyny górne. I tu także takowe objawiło się w dwojaki sposób, a mianowicie w niepewności pojedynczych ruchów i w zmniejszeniu się grubéj siły mięśniowéj.

Pobudliwość elektryczna mięśni i nerwów pozostała ciągle n i e z m i e n i o n ą. Wszędzie była pobudliwość elektryczna zupełnie dobrze utrzymana, jak to pouczyło porównanie ze zdrowemi nerwami i mięśniami, a nawet ilościowo nie była zmniejszoną.

Także i na działanie prądu stałego mięśnie kurczyły się według prawidłowego wzoru.

D a l s z y p r z e b i e g c h o r o b y b y ł b a r d z o p o m y ś l n y m.

W maju chory rozpoczął już chodzić i w czasie tym można było tylko skonstatować pewną słabość w mięśniach i brak odruchów ścięgnistych.

W czerwcu znikły i te znaki dawnéj choroby, gdyż wszystkie funkcyje wróciły do normy, a nawet objaw kolanowy dał się wykazać. Od tego czasu minęły 2 lata, a były chory zupełnie jest zdrowym.

P r z y p a d e k II. Dnia 16 marca tego samego roku p. prof. R o s n e r przedstawił mi chorego, u którego następujące zauważyłem objawy: Chory, mężczyzna z klasy robotniczéj, liczący lat 45, silnie zbudowany, cierpiał na znaczne osłabienie dolnych kończyn. Stać i chodzić mógł tylko w ten sposób, gdy opierał się obiema rękami na kiju i gdy go z obu stron przytrzymano. A i wtedy chód jego był bardzo niezgrabnym i niepewnym, więcéj to było posuwanie i pociąganie nóg, jak rzeczywistem chodzeniem. Szczegółowe badanie schorzałych kończyn wykazało drganie włókienkowe mięśni i osłabienie siły mięśniowéj, mimo że takowe okazywały dobre odżywienie.

Co do r u c h ó w c z y n n y c h to leżąc na wznak mógł tylko wykonywać takie ruchy, przy których nie potrzeba większéj siły, a mianowicie mógł poruszać palcami, mógł abdukować i addukować kończyny i zginać w stawach stopowych i kolanowych. Nie mógł jednak chory przy wyciągniętych kolanach podnosić nóg. A przy staniu nie był w stanie podnieść nóg nawet na kilka cali.

Badanie r u c h ó w b i e r n y c h kończyn chorych wykazało zupełne zwiotczenie we wszystkich stawach i przy biernem zginaniu w kolanach dziwne zjawisko t. z. *contractio paradoxa* w zginaczach. Objawów ścięgnistych brak zupełny. C z u c i e za to we wszystkich rodzajach było p r a w i d ł o w o utrzymane.

Prócz tego znacznego niedowładu dolnych kończyn jeszcze można było zauważyć następujące objawy: ze strony sfery motorycznéj wyraźne osłabienie mięśni grzbietu tak, że chory grzbiet ku przodowi pochylony tylko z wielkiem natężeniem sił mógł wyprostować, wyraźne osłabienie kończyn górnych, które lekko drżały i których ruchy czynne z łatwością można było upośledzić, lekki niedowład w zakresie gałęzi ustnych nerwu twarzowego prawego, wyraźne rozszerzenie źrenicy po téj saméj stronie i impotencyja; — w sferze czuciowéj: uczucie mrowienia w rękach i nogach, uczucie zdrętwienia i zimna w nogach, ból przy ucisku kręgosłupa w okolicy lędźwiowéj i dolnéj piersiowéj i wyraźne uczucie opasania.

Wszystkie te tak ciężkie objawy b a r d z o s z y b k o się rozwinęły. Jeszcze przed 4 tygodniami chory posiadał wszystkie swe siły fizyjologiczne. Dopiero od tego czasu pojawił się niedowład kończyn dolnych, a późniéj bardzo gwałtowny ból głowy i pewna trudność przy oddawaniu moczu. Już w czwartym tygodniu po rozpoczęciu się tych objawów rozwinęły się szybko dalsze wyżéj wymienione.

A l e z r ó w n ą s z y b k o ś c i ą, z j a k ą c h o r o b a s i ę r o z w i n ę ł a, u s t ą p i ł a o n a z n o w u.

Już 27 kwietnia, a więc zaledwie 5 tygodni późniéj, mogłem następujący stan u chorego skonstatować.

Chory chodzi bez pomocy, a nawet nie opiera się na kiju. Chód jest jeszcze nieco niepewnym i chodząc chory nogi za sobą ciągnie, ale chód jest dość silnym. Każdy silniejszy ruch wywołuje drganie najwięcéj natężających się mięśni tak, że całe ciało chorego skutkiem tego zostaje wprawionem w drżenie. I tak przedewszystkiem widzieć można, że gdy się chory z pozycyi siedzącéj podnosi, że całe ciało drży. Także podczas spokoju widać drgania włókienkowe we wszystkich mięśniach. Jednak chory wykonywa wszystkie ruchy już dość dobrze i zgrabnie, jakkolwiek siła mięśni po stronie prawéj nie doszła jeszcze do normy. Ustąpiły parestezyje w rękach i nogach, a także i bolesność przy ucisku dolnéj części kręgosłupa. Utrzymuje się jeszcze uczucie opasania i różnica w szerokości źrenic. I odruchów ścięgnistych brak jak przedtem.

Ale ta reszta osłabienia wkrótce ustąpiła, a chory opuścił wyleczony dnia 9 maja, więc w czwartym miesiącu choroby, szpital. Obecnie jest zupełnie zdrowym i czynnym jako stangret.

R o z b i ó r k l i n i c z n y. W obu przypadkach przebieg i zbiór objawów klinicznych są identyczne i nadzwyczaj charakterystyczne.

Mężczyźni w sile wieku dość nagle zapadają na osłabienie kończyn dolnych i szybko wśród objawów więcéj lub mniéj ataktycznych zostają zupełnie porażeni. Przytem nikną objawy ścięgniste, występuje bolesność przy ucisku dolnéj części kręgosłupa i powstają parestezyje, mrowienie w podeszwach, palcach nóg i rąk, uczucie opasania i zimna — zupełnie jak w zwyczajnym uwiądzie rdzenia. Czucie przedmiotowe zostaje przytem prawidłowe, a pobudliwość elektryczna niezmieniona.

Sprawa ta zajmuje w wszystkich przypadkach najprzód kończyny dolne, może jednak późniéj przejść na pęcherz, muskulaturę kadłuba, a nawet na konczyny górne.

Jeśli zostaje zajętą i głowa, wtedy objawy tutaj należące zwykły być pierwszemi, które klinicznie na jaw występują. Zwyczajnie polegają te objawy na bólu głowy, różnicy w szerokości żrenic i niedowładzie pojedynczych nerwów mózgowych.

P o t e m te objawy z taką szybkością ustępują, z jaką powstały, tak że cała ta sprawa w przeciągu 4 do 5 miesięcy może ustąpić.

R o z p o z n a n i e. Paraplegije, które jak u naszych chorych szybko się rozwijają, zwykły być następstwem dwóch spraw; albo zapalenia pni nerwowych obwodowych — albo ich ośrodków leżących w rdzeniu. U naszych chorych jednak obie te sprawy wykluczyć było można.

Przeciw zapaleniu nerwów przemawiały brak wszelkich objawów zapalnych i brak zaburzeń czuciowych przedmiotowych w kończynach porażonych; daléj jednostajność, w jakiéj sploty nerwowe tychże kończyń w całości zostały zajęte, objawy które równocześnie wystąpiły na kończynach górnych i na głowie, oddziaływanie elektryczne porażonych obszarów itd. Te same powody wystarczyły również do wykluczenia zapalenia rogów przednich rdzenia pacierzowego t. z. *poliomyelitis.* (Dok. nast.)

II. Nieopisane dotychczas zmiany w prątkach gruźliczych po wstrzykiwaniach limfy Kocha

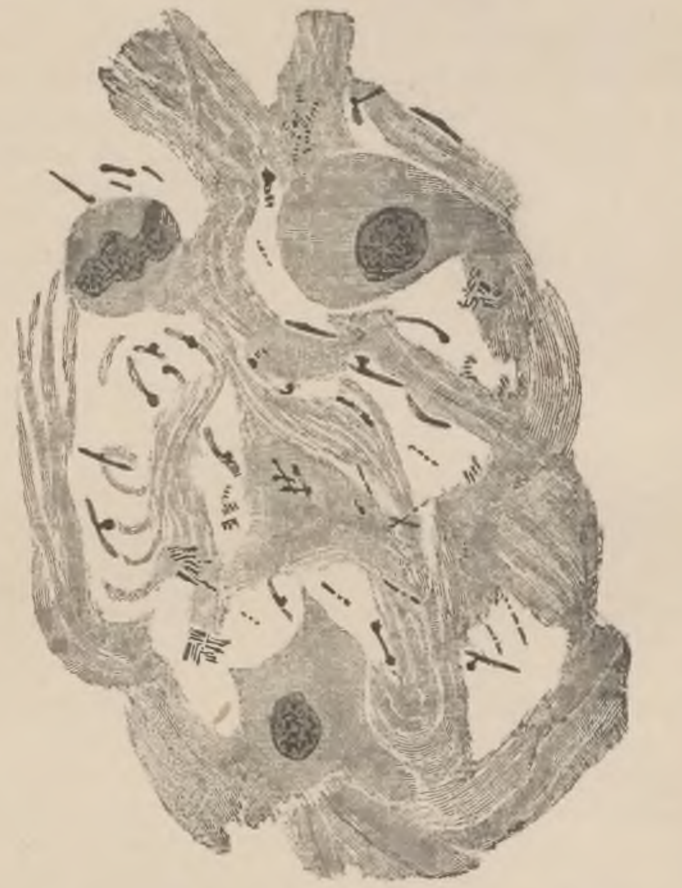
opisał

Prof. Dr. Longin Feigel
prosektor szpitala powszech. lwowskiego.

Prof. Fraentzel podaje (*Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 47 z 20/11 1890) na podstawie swoich badań, iż pod wpływem zastrzykniętéj podskórnie limfy Kocha występują bardzo często pewne zmiany w prątkach gruźliczych, a mianowicie: a) najczęściéj bywają prątki gruźlicze mniejsze i o połowę węższe, niż przed zastrzyknięciem limfy; b) pewna ich część okazuje postać biszkoptową, t. j. prątki są na obu końcach jakby lekko obrzmiałe; c) pewna część prątków jest w srodku przerwaną; d) inna część prątków składa się tylko z drobinek perełkowato obok siebie ułożonych (częstokroć po 4), chociaż zmiany ostatnie widzi się niekiedy i bez zastrzykiwań limfy Kocha, w przypadkach długotrwałej gruźlicy rozpadowéj.

Poszukując u blisko 100 chorych na wielu wyrobach prątków gruźliczych i ich zmian w plwocinach, tak bez wstrzykiwania limfy i przed takowem, jakoteż po zastrzyknięciach chorym limfy Kochowskiéj, muszę przyznać, iż w bardzo wielu przypadkach widoczne były, po wstrzyknięciach limfy chorym, powyż opisane przez Fraentzla zmiany w prątkach gruźliczych, aczkolwiek w rzadkich co prawda przypadkach podobne zmiany napotykałem i bez poprzednich zastrzykiwań limfy w plwocinach u niektórych chorych na gruźlicę.

W ostatnim czasie zdarzyło mi się jednak u trzech chorych z oddziału II chor. wewn. Wgo Dra Opolskiego, które otrzymały po kilka razy zastrzykniętą limfę kochowską, a to u Schaltner, Celnik i Hudnik, napotkać przy badaniu szczególniejsze zmiany w prątkach gruźliczych, które są tak uderzające i ciekawe, iż sądzę się usprawiedliwionym, jeżeli takowe pokrótce opiszę; dla lepszego wyjaśnienia jednak dodaję do opisu tego rycinę, która przedstawia prątki rozmaicie po zastrzykiwaniach zmienione, zwłaszcza zaś ze zmianami, które opisać zamierzam. Zmiany te spostrzegł pierwszy pracujący w méj pracowni podczas świąt JP. Eugeniusz Połończyk, słuchacz medycyny w Krakowie, któremu za współudział w pracy i za wykonanie ryciny niniejszem składam serdeczne podziękowanie.



Zmiany, o których mówię, polegają na tem, iż na prątkach, częstokroć nieco ścieńczałych, niekiedy zaś wrzecionowato ku jednemu końcowi coraz to bardziéj ścieńczających się, widać przy jednym końcu kuliste wypuklenie, które zawsze ma większą średnicę od grubości prątka, niekiedy średnicą swą przechodzi półtory grubości prątka, i zwykle jest mocno ciemno czerwono zabarwione, niekiedy tylko okazuje w samym środku jaśniejsze kółko, podczas gdy cały prątek jest zwykle o wiele jaśniéj zabarwiony. W innych prątkach kuliste takie wypuklenia widać w ciągu długości prątka, często na wypukłości pod kątem zagiętego prątka; w innych razach posiada jeden prątek przy obu końcach podobne, mocno zabarwione, kuliste wypukłości; w rzadkich wreszcie przypadkach kuliste to wypuklenie widać w pewnéj, drobnéj odległości ułożone obok prątka, połączone jednakże z takowym wyraźną wypustką. W jeszcze rzadszych przypadkach napotkaliśmy w ciągu długości prątka 2 i 3 podobne wypu-

klenia mocno barwikiem zabarwione, oddzielone od siebie jasnemi częściami prątka.

Wszystkie prątki podległe wyżéj opisanéj zmianie barwią się w całości nieco lub wybitnie słabiéj od prątków normalnych, tylko miejsca zgrubienia wewnątrz niektórych prątków, kuliste wypuklenia końcowe lub boczne, wyglądające jakby skupienie się pierwoszcza w tych miejscach lub wystąpienie jéj częściowe z prątka, okazuje silne, wysycone zabarwienie. W przypadkach, w których obraz dotyczący ograniczył się tylko do zgrubienia w pewnem miejscu, prątki zachowały prawie normalną grubość, utraciły tylko zdolność silnego barwienia się; gdzie zaś kuliste wypuklenie to wystąpiło jakoby z prątków i leży po za niemi, widzieliśmy prątki niekiedy nawet mocno ścieńczałe, niekiedy zaś sprawiały one wrażenie pozostałych, blado zabarwionych i pokurczonych osłonek. W przypadku daleko obok prątka wysuniętéj kulistéj wypukłości, tak ta ostatnia, jak szypułka jéj wchodząca wyraźnie w głąb prątka i nagle urywająca się tu, były mocno zabarwione, ciemno-czerwone, podczas gdy reszta prątka była wybitnie blado zabarwioną.

Czy wypukłości opisane przedstawiają występujące z prątków zarodniki i z takowemi mają styczność życiową, trudno mi dziś jeszcze rozstrzygnąć. W każdym razie zmiany te w prątkach przemawiałyby za wpływem niszczącym, jakie zastrzyknięta limfa kochowska wywiera na prątki gruźlicze w ustroju. Skupianie się podobne pierwoszcza, jakie spotykamy przy sztucznem podrażnieniu lub przy szkodliwem działaniu niektórych środków na młode komórki żyjące, tak zwierzęce jak roślinne i na najniższe ustroje, przemawiałoby i w tym przypadku za rozpadem prątków, który, jak z podanego opisu wynika, mogliśmy w kilku stadyjach obserwować; początkowo zaczyna się prawdopodobnie kurczyć pierwoszcze i skupia się w 2 lub więcéj miejscach, wewnątrz lub po końcach prątka; zgęszczając się następnie coraz silniéj, nabiera większych wymiarów, wypukla otaczającą ją osłonkę i wydostaje się na zewnątrz, równocześnie zaś cały prątek cieńczeje, staje się nikłym, wrzecionowatym, nitkowatym i zabarwia się już bardzo słabo i blado. Widzieliśmy też niekiedy wyraźnie wypukloną i bladem swem zabarwieniem od wypukłości kulistéj ciemno-czerwonéj odróżniającą się otoczkę prątka, która powlekała kulistą wypukłość, leżącą obok prątka i już po za takowym tak, iż obraz ten nie pozostawiał wątpliwości co do pochodzenia z pierwoszcza prątka owéj wypukłości i otoczenia jéj osłonką prątka całego. — Czy jednakże zgęszczenie i wypuklenie opisane pierwoszcza prątka nie stoi w związku z wytwarzaniem i oddzielaniem się zarodników, które towarzyszy rozpadowi starego prątka, jestto kwestyja ciekawa, któréj dotychczas rozstrzygnąć nie byliśmy w stanie. Za szybkim i nagłym rozpadem prątków pod wpływem pewnéj szkodliwości, którą w obecnym przypadku może być limfa Kochowska, przemawia okoliczność, iż obrazy opisane napotykają się w znacznéj ilości i rozmaitych stadyjach w pewnych danych przypadkach, podczas gdy zazwyczaj wcale nie zdarza się widzieć podobnych obrazów w przypadkach gruźlicy, nawet podeszłéj i złośliwéj.

III. O zboczeniach przegrody nosa.

Napisał

Dr. Jan Sędziak

b. asystent przy oddziale chorób gardlanych i płucnych w szpitalu św. Ducha w Warszawie.

Pod ogólną nazwą zboczenia rozumieć będę nie tylko skrzywienia (*deviationes*) w ścisłem tego słowa znaczeniu, lecz i te ograniczone częściowe zgrubienia przegrody nosa, które noszą najróżnorodniejsze nazwy, jakoto oście (*spinae*), grzebienie (*cristae*), ostrogi itd.

Historyja. Zboczenia przegrody nosa już od dawna zwracały na siebie uwagę lekarzy. Już bowiem w połowie 18-go wieku Quelmalz napisał o nich monografiję. Od tego czasu liczba prac. specyjalnie o tym przedmiocie traktujących, dosięgła pokaźnych rozmiarów. W ostatniem zwłaszcza dziesięcioleciu zauważyć się daje olbrzymi ruch w tym kierunku. Kolejno zjawiają się prace: Jurasza [1]) (1882), Heymanna, [2]) Huberta, [3]) Kriega, [4]) Gleitsmana, [5]) Cozzolinego, [6]) Baumgartena, [7]) Löwyego [8]) (1886), Boswortha, [9]) Bryson Delawana [10]), Jarvisa [11]), Geo Stokera [12]), Rosenthala [13]), Stana [14]), Garela [15]), Knighta [16]) (1887—1889), wreszcie w ostatnim (1890) roku ujrzały światło dzienne prace: Bronnera [17]), Woakesa i Walshamma [18]), Simanowsk'yego [19]), Löwe'go [20]), Hartmanna [21]), Mourea i Bergoniego [22]). Powyższe prace przedstawiają bądź całe monografije (Huberta, Rosenthala, G. Stokera etc.), bądź tylko przyczynki do etyjologii (Baumgartena, Bryson Delavana etc.), przedewszystkiem zaś do terapii zboczeń przegrody nosa (Jurasza, Stana, Jarvisa, Maurea i Bergoniego etc.). Niektórzy autorowie, jak np. Rosworth, Jarvis etc., kilkakrotnie głos w téj kwestyi zabierali. W ogóle przyznać muszę, że amerykańscy uczeni (Jarvis, Bosworth, obaj z New Yorku) ze szczególnem zamiłowaniem zajmowali się i zajmują kwestyją zboczeń przegrody nosa.

Oprócz wyżéj przytoczonych ważniejszych prac istnieje jeszcze cały szereg mniejszych publikacyj, poświęconych zboczeniom przegrody nosa. Do nich należą prace: Schaeffera [23]), Parkera [24]) (1885), Ronda [25]), Van der Poela [26]), Natiera [27]), Creswell Babera [28]), Hinkera [29]) (1886—1887), Bresgena [30]), Holbrook Curtisa [31]), Ficana [32]) Huntor Mackenziego [33]), Seilera [34]), Garrigon Desarénesa [35]), Bouchera [36]), Miota [37]), Baratouda [38]) 1888—1889), Jonathana Wrighta [39]), Robertsa [40]), Patrzeka [41]) (1890) i wielu innych.

Dodać winienem, że poglądy niektórych autorów, wyrażone w dyskusyjach nad zajmującym nas tematem, również znalazły uwzględnienie w niniejszéj pracy.

Wreszcie zboczenia przegrody nosa są mniéj lub więcéj szczegółowo traktowane w podręcznikach chorób nosa: Morel Mackenziego [42]) (1884), Mourea [43]), Moldenhauera [44]) (oba w 1886), Voltoliniego [45]) (1888, wreszcie najnowszym Schecha [46]) (1890) i innych, jakoteż w doskonałéj „Anatomii nosa“ Zuckerkandla [47]) (1882).

W naszej literaturze, o ile mi wiadomo, istnieje jedyna w tym kierunku praca Stana, który w roku 1888 ogłosił w Przeglądzie Lekarskim spostrzeżenia z kliniki prof. Jurasza w Heidelbergu, jako przyczynek do terapii omawianego cierpienia.

Anatomija patologiczna. Zboczenia przegrody nosa należą do niesłychanie częstych. Schech, jeden z najlepszych współczesnych rhinologów, tak się wyraża: „*man kann behaupten, dass kaum ein Mensch eine ganz gerade Nasenscheidewand besitzt.*“

Voltolini, który jeszcze w r. 1861 przeprowadzał odnośne badania, również zaznacza, że prawie we wszystkich przypadkach znajdował mniej lub więcéj wyrażone zboczenia przegrody nosa. Geo Stoker również wyraża wątpliwość co do istnienia prostego septum.

Na zasadzie własnego doświadczenia powyższe zdania Schecha, Voltoliniego i G. Stokera mogę najzupełniej potwierdzić.

Już od dość dawna zwracałem szczególną uwagę na przegrodę nosa, badając ją w każdym przypadku, niezależnie od tego, czy istniały lub nie objawy ze strony nosa. Otóż wyznać muszę, że wyjątkowo tylko byłem w stanie stwierdzić zupełną symetryję przegrody nosa. Miało to przedewszystkiem miejsce u osobników bardzo młodych poniżéj lat 7, co znowu stwierdzałoby pogląd Zuckerkandla, który utrzymuje, że dopiero od roku 7-go przegroda zaczyna mniéj lub więcéj zbaczać.

Ostatniemi zupełnie czasy poddałem ściśléj analizie 200 przypadków. Rezultaty mych badań są następujące:

W 33 przyp. z ogólnéj liczby 200 zboczenia przegrody nosa, aczkolwiek istniały, były tak nieznaczne, że przypadki te zaliczyłem do kategoryi: „względnie prostych-symetrycznych przegród."

W pozostałych zaś 167 przyp., co stanowi 83,5%, istniały mniej lub więcéj znaczne *deviationes septi*. Muszę tu jednak zaraz dodać, że zaledwie w 15 z nich zboczenia przegrody nosa były tak silnie wyrażone, że same przez się wywołać mogły te objawy, o których poniżéj szczegółowo mówić będziemy. Tym sposobem w kwestyi częstości tego cierpienia jabym się tak wyraził: o ile częstemi są zboczenia przegrody nosa średniego natężenia, o tyle znów stosunkowo rzadko dochodzą one do bardzo znacznych rozmiarów. Jakkolwiek różnią się mniéj lub więcéj znacznie rezultaty cyfrowo, do jakich w odnośnych badaniach doszli różni autorowie, to jednak większość potwierdza ten fakt, że zboczenia przegrody nosa należą do jednych z najczęstszych objawów, przy badaniu nosa napotykanych.

Oto jak się przedstawiają owe dane statystyczne:

1. Zuckerkandl (1872) znalazł *deviationes septi* w 37,8% (na 370 przyp. w 140), 2. Bryson Delavan (1888) w 50,0%[1]), 3. Allen w 68,9% (na 58 przyp.), 4. Theile 73,5% (na 117 przyp. w 71), 5. Morel Mackenzie (1884) 76,9% (na 2152 przyp. w 1657), 6. Jarvis (1888) w 81,0% (na 100 przyp.), 7. Loewenberg w 86,0%[1]), 8. Simanowsky (1890) w 95,0% (na 974 przyp. w 925), 9. P. Heymann (1886) w 96,4% (na 250 przyp. w 241).

Tym sposobem moje wyniki (83,5% t. j. na 200 przyp. w 167) zajmują pośrednie miejsce między rezultatami Jarvisa z New Yorku i Loewenberga z Paryża.

Że Bryson Delavan, zwłaszcza zaś Zuckerkandl, w badaniach swych otrzymali tak mały odsetek w porównaniu z innymi (Simanowsky, Heymann), pochodzi to ztąd, że używali oni do swych badań jedynie preparatów zasuszonych, w których po większéj części brak części chrząstkowéj przegrody nosa, która znów stanowi najczęstsze siedlisko zboczeń. Z drugiej jednak strony badania M. Mackenziego również były dokonywane na preparatach suchych, znajdujących się w Muzeum „Royal College of surgeons." Badania te, oparte na kolosalnym materyjale, bo obejmującym 2152 przyp., wykazały znacznie większy niż u Zuckerkandla stosunek asymetrii septi, bo 76,9%.

Niezmiernie ciekawe są badania porównawcze, dotyczące częstości zboczeń przegrody nosa u różnych ras. I tak Zuckerkandl wykazał, że w ogóle u Europejczyków częściej nierównie daje się spostrzegać *asymetria septi*, aniżeli u mieszkańców innéj części świata, mianowicie w stosunku 37,8% na 23,3%. Do tych samych rezultatów doszedł i M. Mackenzie. Autor ten jeszcze większą znalazł różnicę, gdy bowiem na 438 przyp. symetrycznéj przegrody nosa tylko 22,6% przypadało na Europejczyków, resztę (77,4%) stanowili mieszkańcy Afryki, Ameryki, oraz wysp Polinezyi.

Według Bryson Delavana żydzi i słowianie odznaczać się mają szczególną predilekcyją do zboczeń przegrody nosa. Za przypuszczeniem tem przemawiałyby do pewnego stopnia cyfry Simanowskyego z Petersburga i moje (Warszawa).

Nigdzie nie znalazłem wzmianki co do przewagi téj, lub owéj płci w częstości zboczeń przegrody nosa. W moich badaniach przewaga stanowczo była po stronie mężczyzn (na 167 przypadk asymetrycznego *septum* — 95 stanowili mężczyźni, resztę zaś t. j. 72 przyp. kobiety).

Jeden tylko Simanowsky zwrócił na tę okoliczność uwagę. Doszedł on do tych samych co i ja wyników (na 925 przyp. 337 kobiet, 588 mężczyzn). *Deviationes septi* najczęściej spotykają się u ludzi młodych, między 15 a 25 rokiem życia, stanowiły one w moich badaniach 71 na 167 przyp. czyli 42,5%. Poniżéj 7 lat zboczeń wyraźnych nie widywałem, jakkolwiek niektórzy autorowie, jak Voltolini, Löwe zaznaczają, jakoby widywali je u dzieci 6—5 i 4 letnich, Valsham u kilkomiesięcznych, Patrzek zaś u noworodków; to ostatnie przemawiałoby za tem, że zboczenia przegrody nosa mogą być wrodzone. Tę ostatnią ewentualność, acz rzadko, przypuszczają także: Schaeffer, Woakes i Spicer. Wspomniałem już, jak na tę kwestyję zapatruje się Zuckerkandl. Co do mnie, to również byłbym tego zdania, że zboczenia przegrody nosa mogą być wyjątkowo wrodzone, jakkolwiek wyznać muszę, że sam zboczeń *septi* poniżéj lat 7 nie widywałem prawie.

Zboczenia dotyczą tylko $^2/_3$ przednich przegrody nosa (Zuckerkandl), tylny odcinek zajmuje stale położenie pośrodkowe (*positio mediana*), wskutek tego rozmiary tylnych otworów nosa (*choanae*) są jednakowe. Z tem wszyscy autorowie (Mackenzie, Moldenhauer, Voltolini, Flatau etc.) się zgadzają. Jako unicum pod tym względem istnieje publikacyja Grubera. Przypadek bowiem Schausa słusznie przez Voltoliniego jest kwestyjonowany, jako nie stwierdzony badaniem nosa od tyłu (*rhinoscopia post.*), a oparty jedynie na skonstatowaniu niejednakowych choan przy wprowadzaniu cewnika usznego.

Badając we wszystkich, o ile to jest możliwem, przypadkach nos od tyłu lusterkiem krtaniowem, nigdy rzeczywiście nie byłem w stanie zauważyć znacznego zboczenia przegrody nosa w tę lub ową stronę, natomiast w dwóch przypadkach spostrzegałem wyraźnie bardzo lekki stopień *deviationis septi posterioris*, mianowicie raz u 28 letniej kobiety ku prawéj stronie (od przodu znaczniejsze zboczenie również prawostronne); drugi przypadek dotyczył 23 letniego mężczyzny — również prawostronne skrzywienie przegrody nosa od przodu średniego natężenia, od tyłu (stwierdzone również *rhinoscopią post.*) wyraźna, acz bardzo lekka *deviatio dextra*. W ostatnim przypadku istniały jednocześnie bardzo znaczne porosty tylnych końców dolnych muszel.

Co się tyczy zboczeń poszczególnych części, składających przegrodę nosa, to część chrząstkowa t. zw. *cartilago quadrangularis* o wiele częściéj ulega zboczeniom, niż część kostna, na którą się składają blaszka pionowa kości sitowéj (*lamina perpendicularis ossis ethmoidei*) i lemiesz (*vomer*).

Pod tym względem wszyscy autorowie (Heymann, Gleitsmann, Jarvis etc.) jednomyślnie się zgadzają. W moich badaniach również doszedłem do tegoż wyniku. W różny sposób mniej lub więcéj szczęśliwy, starano się rozklasyfikować zboczenia przegrody nosa. I tak:

1) Loewenberg dzieli je na zasadzie umiejscowienia i kierunku. Odróżnia on więc zboczenia górne i dolne, poziome i pionowe.

Tejże klassyfikacyi trzyma się i Cozzolino.

II. Jarvis z New Yorku dzieli zboczenia na kostne (rzadkie), chrząstkowe (najczęstsze) i kostno-chrząstkowe. Dalej według tegoż autora zboczenia mogą być ograniczone do pewnych części przegrody, lub ogólne, obejmujące całe *septum*.

III Rosenthal na podstawie badań, na 11 świeżych i 2018 zasuszonych preparatach, rozróżnia 6 rodzajów zboczeń przegrody nosa:

1) proste zgięcie bez zgrubień, 2) skrzywienie *septi* ze zgrubieniem lub wyrostkami, 3) esowate zboczenia w pro-

[1]) Szczegółowych danych nigdzie znaleść nie mogłem.

stopadłym lub przednio-tylnym kierunku, 4) esowate zboczenia jednego, lub drugiego rodzaju z wyrostkami, 5) wyrostki (*cristae*) bez zboczeń przegrody nosa, wreszcie 6) zboczenia zygzakowate.

IV Klasyfikacyja George Stokera z Londynu jest następująca:

1) Zboczenia kątowe (*angular deviations*) w jednéj jamie *septum* zgięte pod kątem, mniéj lub więcéj wyrażonym, w drugiej znajduje się odpowiednia wklęsłość.

2) Zboczenia łukowe (*curved deviations*), septum zgięte łukowato.

3) Zboczenia esowate (*sigmoid deviations*), w obu jamach nosowych kątowe wygięcie przegrody. Autor odróżnia tu jeszcze dwie postacie:

a) z podwójną kątową krzywizną *septi cartilaginosi*

b) z przednim kątem, utworzonym przez część chrząstkową, tylnym zaś przez połączenie części kostnej i chrząstkowéj pod mniej lub więcéj tępym kątem, lub co rzadko ma miejsce przez kąt kostny.

Dalej do zboczeń przegrody nosa zalicza autor jeszcze:

4) t. zw. przemieszczenia (*dislocations*), wreszcie

5) wyrostki (*spurs, ontgrowths*), jakoteż zrosty (*adhesions*) i *exostoses*. Najświeższą klasyfikacyję podaje Hartmann na ostatnim (X) zjeździe międzynarodowym w Berlinie (1890). Odróżnia on:

1) zboczenia ze zgrubieniami septi lub bez takowych,

2) t. zw. listwy (*Letsten*) i

3) ciernistе wyrostki (*dornförmige Vorsprunge*).

Oto są ważniejsze klasyfikacyje zboczeń przegrody nosa. Inne, jak Walshama etc. pomijam. Jedne z nich, jak np. Loewenberga, Jarvisa i Hartmana są zbyt ogólne, inne znów, jak Rosenthala i G. Stokera, zbyt są może szczegółowe. Zdaniem mojem jednak klasyfikacyja George Stokera największej zasługuje na zaznaczenie.

Niektórzy autorowie nie silą się na klasyfikacyję. I tak np. Schech w 3-em wydaniu doskonałego podręcznika do chorób gardła i nosa (1890) na str. 240 tak się wyraża: „postacie zboczeń przegrody nosa są niezwykle różnorodne: *septum* opuszcza się w kierunku dna jam nosowych pod postacią amfiteatru. Górna, dolna lub obie części *septi* wygięte, bywają i esowate zboczenia, lub u góry mamy skrzywienie, u dołu ość (*spina*). Nie rzadko górna część wklinowaną jest w dolną (*Infractionsdeviation*).“

Dalej od właściwych skrzywień przegrody nosa oddziela Schech zgrubienia *septi* częściowe (wyrostki, oście), lub tak zw. ościste listwy (*spinöse Leisten*). Co do mnie, to jakkolwiek również wielkim zwolennikiem klasyfikacyj nie jestem, to jednak w danym razie uczyniłbym to w nast. sposób:

I. Deviationes septi narium sensu strictiori, t. j. zboczenia przegrody nosa w ścisłem tego słowa znaczeniu resp. skrzywienia w tę, lub ową stroną. Mogą one być:

a) prawostronne, *b*) lewostronne, *c*) obustronne resp. nosowate (*dev. sigmoides*). Wreszcie *d*) nieprawidłowe (*dev. irregularis*).

II. Zboczenia przegrody nosa pod postacią ograniczonych, częściowych zgrubień resp. wyrostków (oście *spinae*), grzebienie-*cristae*, zrosty-*synechiae*, *exostoses* etc.). Mogą one być: *a*) przy symetrycznéj, *b*) assymetrycznéj (skrzywionej) przegródce nosa.

Obecnie szczegółowo rozpatrzymy każdą z powyższych postaci zboczeń.

I. Deviationes septi narium sensu strictiori, *a*) prawostronne, *b*) lewostronne. Różnią się jednak zdania autorów, które z nich częściéj spostrzegać się dają. I tak lewostronne skrzywienia *septi* częściej widywali Voltolini, Cozzolino, Gleitsman, daléj Semoleder, który na 35 przyp. w 20 znalazł *deviatio sinistra*, w 15 zaś *dextra*, wreszcie M. Mackenzie, który podaje następujący stosunek 38,9% lewostronnych skrzywień na 28,2% prawostronnych.

Inni natomiast autorowie, jak Jarvis, Loewenberg, Hunter, Mackenzie, częściej znajdowali skrzywienie przegrody nosa ku stronie prawéj. Zuckerkandl również na 140 przyp. asymetrycznego *septum* w 57 znalazł prawostronne, w 51 zaś przyp. lewostronne zboczenie przegrody nosa. Ostatnia statystyka Limanowskyego również za tem ostatniem przemawia, na 925 przyp. bowiem *deviatio dextra* była w 191 przyp., *sinistra* zaś w 188. (D. c. n.)

III. Z kliniki chorób wewnętrznych prof. Dra Korczyńskiego w Krakowie.

Myxoedema.

Dwa przypadki obserwował i opisał

Dr. M. Buzdygan,
II-gi asystent tejże kliniki.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Gałki oczne prawidłowo osadzone, ruchomość tychże we wszystkich kierunkach utrzymana. Źrenice miernie szerokie, równe, na światło dobrze oddziaływają. Badanie wziernikowe głębi oka nie wykazuje nic nieprawidłowego. Nos w całości powiększony, zgrubiały, skrzydła nosowe i przegroda szerokie; błona śluzowa blado-różowa, dość sucha, drożność przewodów nosowych utrzymana. Wargi w postaci grubych wałów, dolna wywrócona, obwisła, konsystencyi galaretowatéj. Zęby szczęki dolnéj od przodu pochylone naprzód i porozsuwane, a przez szerokie szczeliny wtłacza się szeroki brzeg języka. Język w całości co najmniéj w dwójnasób zwiększony, różowy, miękki, nie może się pomieścić w jamie ustnéj. Błona śluzowa jamy ustnéj obrzękła, zaczerwieniona, na policzkach mlecznym, zgrubiałym nabłonkiem pokryta. Dziąsła rozpulchnione. Migdałki znacznie powiększone, wielkości jaja kaczego, o powierzchni nierównéj, różowéj. Błona śluzowa gardła zgrubiała, zaczerwieniona. Cuchnienie z ust. Twarz cała robi wrażenie maski; ruchy mimiczne prawie znikły, wyraz twarzy smutny, głupkowaty.

Szyja krótka, szeroka, skóra gruba daje się ująć w szeroki fałd. Gruczoł tarczykowy wielkości jaja kurzego, twardy, okrągły, ruchomy, niebolesny. Gruczoły limfatyczne ledwie macalne, niebolesne. Skóra na tułowiu obrzękła, blada. Sutki grube, obwisłe, trzęskie.

Klatka piersiowa dobrze zbudowana; w płucach tylko objawy nieżytu suchego. Tony serca czyste, akcyja serca spokojna, regularna. Tętno wolne od 66—72 na minutę, miękkie, tętnica miernie szeroka. Gruczoły pachowe nie macalne, pachwinowe powiększone. Brzuch balonowato wzdęty, niebolesny, pluskania w żołądku niema; wypuk wszędzie jawny bębenkowy, płynu wolnego w jamie otrzewnowéj niema. Wątroba macalna, brzeg miękki, niebolesny, wypukiem niepowiększona. Śledziona niemacalna, niepowiększona.

Narząd płciowy: część pochwowa macicy ustawiona wysoko, krótka, szeroka, ujście w postaci szpary gładkiéj; sklepienia wolne, dalsza część macicy w sklepieniu przodkowem wielkości orzecha włoskiego, miękka, wiotka, niebolesna, *atrophia uteri praecox*.

Ręce w całości powiększone, do łopaty zbliżone. Palce zgrubiałe, niezgrabne; stawy palców wolne, niebolesne, ruchy bierne prawidłowe, ruchy czynne nieco wolniejsze, mniéj zgrabne. Kończyny dolne w porównaniu z górnemi są cieńsze, tylko stopy szerokie, grube. Ruchy czynne i bierne utrzymane, stawy wolne, odruchy skórne i ścięgniste utrzymane. Chód dobry. Czucie dotyku, bólu, ciepłoty, ucisku zupełnie utrzymane. Czucie elektryczne skóry dobre. Pobudliwość mięśniowa na prąd galwaniczny i indukcyjny wszędzie utrzymana.

W sferze zmysłowéj: ciągły smak gorzki w ustach, szum w uszach. W sferze umysłowéj: osłabienie pamięci, myślenie trudniejsze, usposobienie smutne, apatyczne. Mowa powolna, monotonna, głos bezdźwięczny, chwilami ochrypły.

Obserwacyja: mocz (z początku bez leczenia) winożółty 900—1200 ctm., ciężar gat. 1·028—1·022 oddziaływa słabo kwaśno. Białka, cukru niema, chlorki prawidłowe. Z kwasem octowym ślad reakcyi na mucynę. Osad skąpy,

obłoczkowaty; pod drobnowidem znaczna ilość drobnych kryształków szczawianu wapniowego, igiełki pojedyncze i w gwiazdkach kwasu moczowego. We 3 tygodnie później przy piciu wody karlsbadzkiéj mocz blado żółtawy 1900—2500 ctm. c. g 1·014 oddział. obojętnie lub słabo kwaśno, białka, cukru niema, chlorki prawidłowe, z kwasem octowym ślad reakcyi na mucynę. Pod drobnowidem liczne komórki przybłonkowe płaskie, gdzieniegdzie ciałka wypocinowe.

Po zaprzestaniu kuracyi karlsbadzkiéj ilość moczu 1100 c. g. 1·021, w osadzie znów się pojawiły kryształki szczawianu wapniowego.

Stolec zrazu obfity, ciastowaty, brunatny; pod drobnowidem liczne włókna roślinne, sole wapniowe, miazga bezpostaciowa. W miesiąc później przy dyjecie mięszanéj stolec obfity, ciastowaty, pod drobnowidem włókna mięsne dobrze przetrawione, sole wapniowe, jaja *trichocephalus dispar* i miazga bezpostaciowa.

Treść żołądka. 31/V na czczo bez wlania wody wydobyto treści płynnéj około 50 ctm. sześ. zielonkowatéj, mętnéj z obfitą ilością śluzu. Pod drobnowidem bardzo wielka ilość jąderek ciałek wypocinowych, liczne komórki przybłonka z głębszych warstw, przybłonek płaski. Przesącz przeźroczysty z odcieniem zielonkawym, oddziaływa silnie kwaśno, kwasota 30. Kwas solny bardzo wyraźny, peptony wyraźne; kwasu mlekowego śluzu i propeptonów niema.

1/VI próba lodowa. Po 10 minutach aspirowano około 100 treści wodnistéj ze śluzem. Pod drobnowidem: liczne jąderka ciałek wypocinowych, przybłonek płaski. Przesącz wodojasny oddziaływa mocno kwaśno, kwasota 14. Kwas solny, peptony wyraźne; śluzu, propeptonów, kw. mlekowego niema. Pod koniec pompowania ukazała się krew, więc dalszych prób na dłuższy czas zaniechano.

Te dwie próby już dostatecznie stwierdzają nieprawidłowe wydzielanie kw. solnego wolnego (*Hypersecretio acida continua*). Objawów podmiotowych prawie nie było: apetyt dobry, brak odbijania, gniecenia, zgagi, jedynie smak gorzki w ustach. W celu neutralizowania kwasu polecono wodę karlsbadzką Mühlbrunn co godzina 2 łyżki, a po skończonéj kuracyi przez 3 tygodnie wykonano znów próby żołądkowe.

27/VI. na czczo treści niema; po wlaniu 100 ctm. sz. *Aq. dest.* aspirowano 80 ctm. sz. płynu żółcią zabarwionego, ciągnącego się. Pod drobnowidem: śluz, ciałka wypocinowe, jąderka, przybłonek płaski. Przesącz cytrynowo żółty oddziaływa obojętnie; śluzu znaczna ilość, propeptony wyraźne, kwasu solnego, mlekowego i peptonów niema.

28/VI. próba lodowa. Po 10 minutach aspirowano około 160 płynu zielonkowatego ze śluzem. Pod drobnowidem: śluz, ciałka wypocinowe, jąderka ciałek wypocinowych, liczne komórki z gruczołków trawieńcowych. Przesącz wodojasny oddziaływa kwaśno, kwasota 7. Kwas solny wyraźny, peptonów ślad; śluzu, propeptonów, kwasu mlekowego brak.

29/VI. próba białkowata. Po 3 kwadransach treści 0, po wlaniu 100 *Aq. dest.* aspirowano 80 ctm. sz. płynu wodojasnego ze śluzem i kilka strzępków białka niestrawionego. Pod drobnowidem: śluz, liczne jąderka ciałek wypocinowych. Przesącz wodojasny oddziaływa kwaśno, kwasota 12, kwas solny bardzo wyraźny, peptony wyraźne, śluzu, propeptonów kwasu mlekowego brak.

30/VI. próba befsztykowa. Po 6 godzinach treści 0, po wlaniu 100 ctm. *Aq. dest.* aspirowano około 50 ctm. n. treści fusowatéj z osadem papkowatym. Pod drobn. ciałka skrobi, tłuszczu, igiełki kwasów tłuszczowych, włókna mięsne, barwik brunatny. Przesącz brunatnawy oddziaływa kwaśno, kwasota 14, kwasu solnego wolnego brak, kwas mlekowy, peptony, propeptony wyraźne, śluzu brak.

Krew. 31/V. ciałek czerwonych 3.400000, ciałek białych 5090, stosunek 1 : 667, hemoglobiny 60%.

11/VI. ciałka czer. 3400000, ciał. biał. 9100, stosunek 1 : 373, hemogl. 65%.

Ciepłota wahała się między 36·1° a 37°, najczęściéj wynosiła 36·3°. Tętno od 66 do 72 na minutę.

Podmiotowo najprzykrzejszym objawem było: palenie, swędzenie na policzku lewym, które się niekiedy przenosiło na czoło, brodę, szyję i piersi. Palenie to usuwało potarcie rozczynem kokainy. Drugim przykrym objawem był ból opasujący w okolicy pasowéj, osłabienie ogólne; niezdolność do cięższéj pracy, a trudność w wykonaniu pracy delikatniejszéj z powodu zgrubienia palców.

Leczenie: *Natrium jodat*, woda karlsbadzka nie miały dodatniego wpływu na stan ogólny. Środki ściągające na spojówki stosowane również były bez skutku. Chora opuściła klinikę 10/VII. w takim samym stanie, jak przyszła.

Przypadek II. Mojżesz Szaja Friedner, lat 50, krawiec, wyznania mojżeszowego z Oleska przyjęty do kliniki 26/VI., gdzie pozostawał do 12/VII 1890 r. Rodzice pomarli ze starości, matka przez 4 lata ostatnie była nałogową pijaczką. Z 3 rodzeństwa sam został; brat umarł na cholerę, siostra na koklusz. Ani ze strony ojca, ani ze strony matki dziedziczności co do chorób nerwowych, wola, kiły, alkoholizmu (prócz matki) wykazać nie można. W dziecięctwie przebył odrę, w 13 r. ż. jakąś chorobę piersiową, połączoną z kaszlem, przyczem odpluwał przez tydzień śluz zmięszany ze krwią. W 18 r. ż. ożenił się poraz pierwszy; z dwóch żon miał 11 dzieci, z których 6 żyje zdrowych. Ważniejszych chorób nie przebywał, dopiero przed 4 laty po zmęczeniu się przy wożeniu drzewa popadł w jakąś chorobę trwającą 6 tygodni, połączoną z kaszlem, dusznością, bólami w krzyżach i odnogach i odtąd w porze chłodnéj doznaje kaszlu i duszności. Obecna choroba miała się rozpocząć przed 2 laty od bólów w podżebrzach i dołku podsercowym, zwiększania się pojemności brzucha, palenia na skórze pomiędzy łopatkami tak silnem, że porównywa to z przypiekaniem zapalonego cygara. Również przed dwoma laty zauważył rozsuwanie się zębów dolnych i wyciekanie śliny podczas snu. Od czasu do czasu doznaje bólów, drętwienia w kolanach, rękach tak, że mu utrudnia chodzenie i szycie. Użala się również na duszność i osłabienie wzroku. Duszność występuje napadowo lub podczas chodu. Apetyt obecnie jest nadmierny, po obfitym obiedzie wstaje głodny i jeszczeby jadł więcéj, co uważa za swoje nieszczęście. Stolec regularny. Przez całe życie odżywiał się dobrze, tylko ostatnie lata były cięższe dla niego. Nałogowym pijakiem nigdy nie był, wódki wypijał dziennie 2 do 3 kieliszków. Od 18 r. ż. do 30 palił fajkę, od 30 aż dotąd namiętnie zażywa tabakę. Mieszkanie miał na gruncie torfiastym, drewniane, wilgotne; w okolicy wól nie panuje ani też podobnych do siebie chorych nie widział.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

V. Oceny i sprawozdania.

Medycyna wewnętrzna.

Dr. Hirschberger: **O zaraźliwości mleka krów gruźliczych.**

Nim jeszcze Koch odkrył przyczynę gruźlicy w prątku właściwym, już Villemin w roku 1865 dowodził, że choroba ta musi polegać na specyficznéj przyczynie, a Bollinger na podstawie licznych obserwacyi słusznie podnosił (1879 r.), że gruźlica u ludzi, a perlica u krów stanowią jedną i też samą chorobę. To też doświadczenia Gerlacha, Bollingera, Klebsa, Günthera i Harmsa wykazały dosadnie, że zwierzęta karmione mlekiem krów gruźliczych dostają same gruźlicy, a z tego już łatwo było wywnioskować, że podobnemu losowi mogą uledz i ludzie, zwłaszcza dzieci, karmione całemi latami przeważnie tylko mlekiem. Podobny przypadek, w którym absolutnie inne przyczyną zarażenia były wykluczone, a tylko mleko krowy gruźliczéj było przyczyną choroby, opisuje klinicznie Meyhofer.

Przekonać się, czy mleko krowie posiada prątki gruźlicze czy nie, jest rzeczą bardzo trudną, ponieważ ilość ich w ogóle jest w mleku nieznaczna, a choćby ich się nie udało wykazać, to pomimo tego mleko takie może zawierać zarodniki prątków, które nie dają się zabarwić, a tem samem mleko to może być szkodliwe zdrowiu. Dotychczas w niewielkiéj ilości przypadków dały się wykazać prątki gruźli-

cze w mleku, a pomimo tego szczepienie tem mlekiem świnek morskich daje wynik dodatni. Doświadczenia były robione w ten sposób, że wymiona krów gruźliczych posyłano do instytutu patologicznego, tam przy ostrożnościach aseptycznych wymiona były rozcinane i z nich, t. j. z otwartych przewodów mlecznych, wciągano do strzykawki tyle mleka, ile przy słabym ucisku można było z wymienia otrzymać. Mleko takie zaraz wstrzykiwano do jamy brzusznéj świnkom morskim, a to dla tego, że świnki morskie są nadzwyczaj czułe na zarazek gruźliczy, a przytem samoistna gruźlica u nich zdarza się nadzwyczaj rzadko.

Z 20 świnek, którym robił Dr. H. zastrzykiwanie, ani jedna nie zdechła na septyczną *peritonitis*, byłby więc w tem dowód, że antiseptyka była ściśle przeprowadzona. W tych 20 przypadkach tylko raz udało się znaleźć prątki w mleku, chociaż mleko było zaraźliwe jeszcze w 10 innych przypadkach, w których albo było bardzo mało prątków w mleku, albo też znajdowały się zarodniki, których wykazać nie można było. Niebezpieczeństwo zarażenia się mlekiem jest wielkie jeżeli na 20 przypadków w 11 czyli 55% daje wynik dodatni, a wiadomem jest, że co najmniéj 5% krów jest gruźliczych i te dają dziennie nieraz litr i więcéj mleka, niczem się nie różniącego od zdrowego. Rezultat doświadczeń co do zaraźliwości mleka najlepiéj to określa

W 5 przypadkach mleko krów bardzo gruźlicą dotkniętych dało 4 wyniki dodatnie, a 1 ujemny (80% zaraźliwość). W 6 zaś, gdzie zmiany były nie bardzo posunięte, było 4 dodatnie, 2 ujemne (66% zaraźliwości). A w 9, u których zmiany były nie znaczne, było 3 przypadki dodatnie, a 6 ujemnych (33% zaraźliwość), a więc nawet przy nieznacznych zmianach gruźliczych u krów przecież mleko jest jeszcze zaraźliwe. Ogólném wejrzeniem chorych krów nie można się wcale powodować, ponieważ z tych przypadków 7 krów było doskonale wyglądających, a mleko od nich dało w 3 razach wynik dodatni, tylko że krowy licho odżywione zazwyczaj dają wynik zaraźliwości większy. Wiek krów ma zaś o tyle wpływ na procent zaraźliwości, że z późniejszym wiekiem krowy częściéj ulegają gruźlicy. Wobec tych pouczających doświadczeń należałoby tylko gotowanego mleka używać, ponieważ przez gotowanie prątki i zarodniki stają się nieszkodliwemi, jak to już May w swojéj pracy wykazał. (*Deutsch. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Steinhoff (Berlin): **O nowym przyrządzie służącym do leczenia rozedmy płuc i zadyszki.**

Dotychczasowe przyrządy w celach leczniczych w astmie i rozedmie płuc używane, polegają przeważnie na wspomaganiu mechanizmu oddechania przez wytwarzanie jużto zgęszczonego, jużto rozrzedzonego powietrza. Leczenie przyrządami temi nie wiele przynosi korzyści i co najwięcéj usuwa chorobie towarzyszący nieżyt dróg oddechowych. Gerhardt pierwszy zauważył, że ciśnienie za pomocą dłoni na powierzchnię klatki piersiowéj u emfizematyków wydech znacznie ułatwia i do lżejszego oddychania wogóle znacznie się przyczynia. Najsilniejszy jednak mężczyzna nie jest w stanie dłużéj ręką swą utrzymywać ciśnienie nad $^1/_4$ godziny. Rossbach wymyślił w tym celu stołek, na którym siedząc, można za pomocą odpowiednich dźwigni uciskać swoją własną klatkę piersiową w miarę potrzeby przy każdym wydechu. Stołek ten nie da się jednak długo stosować; emfizematyk lub astmatyk na nim siedzący zanadto męczy się kręceniem śrub, wskutek czego oddechy stają się szybsze, *eo ipso* praca mechaniczna większa i następuje szybkie zmęczenie. Sznurówka Schreibera ma znów tę niedogodność, że uciska stale piersi tak przez czas wdechu jak i wydechu. Aby temu zapobiedz, wymyślił autor przyrząd, za pomocą którego powietrze w odpowiedniéj chwili zgęszczone, na powierzchnię klatki działając, samo ucisk sprawia. Powietrze mianowicie zagęszcza się wśród ścian założonego kaftana, który tym sposobem staje się chwilowo zbiornikiem powietrza zgęszczonego. Kaftan połączony jest rurą z maską szczelnie do ust i nosa przylegającą, równocześnie też według potrzeby chory może podczas wydechu mieć do rozporządzenia powietrze rozrzedzone. Cały przyrząd dość zawiłéj konstrukcyi jest ujęty w szafkę drewnianą w postaci biórka i przedstawia sprzęt wcale ładny. Opisywanie go szczegółowe bez dołączenia w oryginalnym artykule znajdujących się rysunków byłoby bezcelowe, bo niezrozumiałe. Zadaniem sprawozdania jest tylko zwróceniem uwagi czytelników na pojawiający się nowy przyrząd, a ciekawym bliższych szczegółów zaleca się przeczytanie oryginalnéj rozprawy. Ciśnienie kaftana, a zatem i powietrza zgęszczonego na powierzchnię piersi jest w chwili rozpoczęcia wdechu najsilniejsze i stopniowo w miarę powstawania wdechu słabnie. Wyniki otrzymane tym aparatem mają być według autora bardzo zachęcające, a za dowód tego służy kilka historyj chorób na końcu umieszczonych. (*Brl. kl. Wschft.*, Nr. 40, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

Prof. F. A. Hoffmann: **O zawartości białka w cieczach opuchlinowych.**

Doświadczenia robione były w klinice lipskiéj w ten sposób, że na częściach obrzękłych najczęściéj podudzi, ud, worka mosznowego lub na powłokach brzusznych zakładano cieniutkie kaniule, przez które wyciekał płyn poddawany ścisłemu badaniu. Obserwacyj podaje prof. Hoffmann 35 w rozmaitych chorobach serca, płuc, wątroby i nerek, przy których były tylko znaczne obrzęki na kończynach lub ogólna opuchlina. Badania ścisłe wykazały, że płyny przesączynowe powstałe czy to z charłactwa jakiego, czy też wskutek zastoiny zawierają mniéj niż 1% białka. — Natomiast płyny zawierające niżéj 0·1% białka pozwalają przypuszczać ciężką zmianę nerkową, najczęściéj połączoną ze zwyrodnieniem skrobiowatem. W przypadkach o ilości białka wyższéj niż 1% wniosków żadnych wyprowadzać nie można i trzeba się tylko domyślać jakichś cięższych szczególnych zmian w ustroju. (*Deut. Arch. f. klin. Med.*, Bd. 44). *Dr. J. Surzycki.*

Farmakologija.

Rademaker (Louisville): **Bromol nowy środek antiseptyczny.**

Bromol cz. *Tribromophenol* jest proszkiem cytrynowożółtym, o smaku słodkim i ściągającym i wcale przyjemnym zapachu. W wodzie nierozpuszczalny rozpuszcza się łatwo w alkoholu, eterze, chloroformie i olejach. Posiada własności mało trujące (psy znoszą np. 0·8 bromolu wewnętrznie bez szkody), a za to silnie odrażające. Sposób użycia: Rp.: *Bromol.* 5·0, *ol. oliv.* 150·0, *S. Externe.* — Rp.: *Tribromophenol.* 4·0, *Vasel.* 30·0, S. Maść.

Używać go można do ran, wrzodów, w rozczynach, jako posypka, do pędzlowania w dyfteryi (1:25 gliceryny) lub wewnętrznie w *cholera infant.*, durze w dawkach 5—15 miligr. (*Wr. med. Presse*, Nr. 44, 1890). *Dr. Ebersohn.*

Choroby nerwowe.

Prof. H. Obersteiner: **Kokainizm i morfinizm.**

Objawy po wstrzymaniu się od kokainy występują niekiedy dopiero późno po zaniechaniu leku (po 14 dniach i późniéj) i są często o wiele uporczywszemi, niż po usunięciu morfiny; mogą one utrzymywać się przez tygodnie, a nawet przez miesiące w tem samem prawie nasileniu. Szczególnie ważne są bardzo groźne stany zapadu, występujące często po usunięciu kokainy. U chorych, już wogóle bardzo osłabionych i zmęczonych, występują nagle napady omdlewania. Działanie kokainy na ustrój jest zbyt daleko idącem, aby odżywienie ciała po usunięciu środka mogło szybko się podnieść. Mimo niebezpieczeństw, połączonych z używaniem kokainy, nie chce przecież O. zupełnie uniknąć leczenia kokainą w przewlekłem zatruciu morfinowem; kokaina ma na celu łagodzić najgwałtowniejsze objawy wstrzymania się w odzwyczajaniu się od morfiny przynajmniéj przemijająco. Celem zastosowania kokainy bez niebezpieczeństwa i z korzyścią, poleca O. następujące środki ostrożności: 1. kokainy należy chwycić się dopiero wtedy, gdy już bezwarunkowo morfiny więcéj się nie podaje, i gdy objawy wstrzymania się zaczynają być bardzo gwałtownemi, więc 24—48 godzin po ostatniéj dawce morfiny; 2. kokainę należy podawać wewnętrznie, a nie podskórnie, najlepiéj rozczyn wodny z do-

datkiem kwasu salicylowego, przez co płyn ten, w innym razie łatwo pleśniejący, przez wiele miesięcy przechowywać można; 3. jako jednorazową dawkę należy wybrać od 0·05 do 0·1, którą podaje się odpowiednio do potrzeby kilka razy dziennie, nie należy jednak przekraczać dziennéj dawki 0·5; 4. drugiego lub trzeciego dnia należy szybko zmniejszyć dawkę dzienną; nie należy leczyć kokainą dłużéj niż 5 do 6 dni. Gdyby się pojawiły choćby najlżejsze objawy zatrucia, należy natychmiast lek zupełnie usunąć. (*St. Peters. Med. Woch.*). *Bf.*

Prof. Damsch: **O niepokoju źrenic (*hippus*) w chorobach układu nerwowego ośrodkowego.**

Autor spostrzegał wielokrotnie niepokój źrenic przy stwardnieniu ogniskowem mózgu, daléj w przebiegu porażenia połowiczego na tle krwotoku lub rozmiękczenia zatorowego mózgu. Przy ostatniéj sprawie zauważył ten objaw nieraz po stronie nieporażonéj. Autor jest zdania, że te ruchy tęczówki są tylko wzmożeniem się ruchów istniejących w minimalnych rozmiarach już w stanie prawidłowym, a to wzmożenie się ruchów tęczówki jest następstwem pewnych czuciowych podrażnień i odpowiada zwiększonéj pobudliwości odruchowéj. Niepokój źrenic zatem ma pewną analogiję do zwiększonych odruchów ścięgnistych. (*Neur. Centr. Bl.*, IX., 9, 1890). *Dr. Süsskind.*

Chirurgija.

Prof. Gärtner: **Szukanie kul nowéj palnéj broni zapomocą magnesów.**

Kule nowych karabinów wielostrzałowych posiadają powłokę stalową, a ta ich budowa ułatwia znacznie lekarzom wojskowym szukanie i wydobywanie kul w zranionem ciele. Za pomocą siły magnetycznéj będzie można z całą dokładnością oznaczyć miejsce, w którem pocisk utkwił. Użyć do tego można tych samych elektromagnetycznych przyrządów, jakich używamy przy szukaniu i wyjmowaniu wbitéj igły lub szpilki. Służą do tego przyrządy Edelmana z Monachijum lub magnetoskop Lamonta. Za pomocą nich pocisk zamienia się na magnes, manipulując zaś igłą magnetyczną na powierzchni ciała, z zachowania się jéj punkt, w którym się pocisk znajduje dokładnie oznaczyć możemy. (*Wr. kl. Wschft.*, Nr. 43, 1890). *Dr. Mendelsburg.*

† Prof. Küster zwraca uwagę w *Centralblatt für Chirurgie*, Nr. 36 na dotąd nieznane niebezpieczeństwo podczas operacyi dużych starych przepuklin. U mężczyzny 56-letniego przystąpiono z powodu objawów przepukliny uwięźniętéj do operacyi radykalnéj. Po otwarciu worka przepuklinowego wypłynęła znaczna ilość płynu mętnego. Treść przepukliny stanowiło: *colon trans.*, *colon ascend.* z *coecum* i wyrostkiem robaczkowym, jelita cienkiego 1 m. i kreska w tłuszcz obfitująca. Repozycyja była trudna. Wśród operacyi zauważono, że oddech stawał się płytki i szybki a sinica na twarzy. Wymiotów nie było. Po zamknięciu rany brzusznéj chory przestał zupełnie oddechać, podczas gdy tętno jeszcze było dobre. Ponieważ zastosowane sztuczne oddechanie nie doprowadzało do celu, rozcięto tchawicę, z któréj wypłynęła wielka ilość treści żołądkowéj. Pomimo aspiracyi treści kateterem i oddechania sztucznego chory zmarł. Sekcyja wykazała znaczne przekrwienie błony śluzowéj oskrzeli, tchawicy i krtani. Żołądek był próżny, jelita wydęte. Przypadek jasny: przy repozycyi zawartości przepukliny wystąpiło znaczne powiększenie parcia śródbrzusznego, wskutek czego żołądek się wypróżnił, a treść jego dostała się do krtani. Należy więc zawsze przed operacyją starych i dużych przepuklin przepłukać żołądek, raz aby łatwiéj się udała repozycyja, a powtóre, aby nie przyszło do aspiracyi treści żołądkowéj. (*Wr. med. Presse*, Nr. 43, 1890, *Dr. Ebersohn.*

Choroby skórne i weneryczne.

Prof. Kaposi: **Przyżeganie kłykcin płaskich rozczynem Plencka.**

Solutio Plenckii składa się z następujących leków: *Mercur. sublimat. corros. Alumen, Cerussa, Camphora, Spirit. vini, Acet. vini pp. aequal.* Mięszaniny téj, konsystencyi pasty, używają w klinikach chorób kiłowych i skórnych wiedeńskich od roku 1866 jako środka żrącego w przypadkach rozległych kłykcin płaskich ze skutkiem zadowalającym. Skarg na ten sposób leczenia nie było żadnych. Dopiero w Nrze 16 *Wr. kl. W.* z tego roku ogłosił prof. Hofmann przypadek zatrucia sublimatem, po zastosowaniu przez pewnego lekarza omawianéj pasty, przyczem prof. H. czyni zarzut, iż kauteryzowanie tym środkiem było nieostrożnie robione, bo pojedyncze kłykciny nie były otoczone watą lub szarpiami w celu uchronienia od sparzenia zdrowych otaczających części skóry. Kaposi broni owego lekarza, twierdząc, że w klinikach wiedeńskich téj ostrożności często nie przestrzegano, bo nie zawsze jest ona możliwą do wykonania. Kłykciny bardzo często mają powierzchnię szerszą niż podstawę, a tak są blisko siebie ustawione, iż izolowanie ich watą staje się niemożliwe, a manipulowanie palcami niebezpieczne z obawy zarażenia. Pewna więc część skóry zdrowéj, między podstawami kłykcin się znajdującéj, musi być zniszczoną, mimo to zatrucia nigdy nie zauważył. Bolesność, jaka występuje przy użyciu tego leku, jest rozmaitą. Jedni nie skarżą się prawie wcale na ból, drudzy bardziéj nerwowi przesadzają w skargach. Nie da się zaprzeczyć, że bolesność występuje, ale przyczyną jéj według Kaposiego nie jest sublimat, lecz raczéj kamfora. Nie może się zaś zgodzić z Hofmannem, jakoby przyżeganie tą mięszaniną było stanowczo szkodliwe. Dziś wogóle *Solut. Plenckii* wychodzi już z mody, nie dlatego, iż jest lekiem trującym, ale raczéj dla swéj bolesności, a w przylepcu rtęciowym mamy środek, który wprawdzie wolniéj, ale bezboleśnie kłykciny niszczy. (*Wr. kl. W.*, 1890, Nr. 19).

Dr. Letzl (Monachijum): **Współcierpienia tylnéj części cewki moczowéj w rzeżączce.**

Najpierw zdaje L. sprawę z pracy Jadassohna (*Beiträge zur Lehre von der Urethritis posterior*), który w 163 przypadków tylko u 20 zdrową tylną część cewki widział. Autor badał chorych, którzy dopiero w 7—10 tygodni po zarażeniu się na żadne dolegliwości zresztą się nie skarżąc do niego się zgłaszali. Badał jak następuje: w kilka godzin po ostatniem oddaniu moczu przestrzykiwał cewkę za pomocą większéj zwykłéj strzykawki kilka razy wodą wyjałowioną i świeczką kolbowatą (*bougie à boule*) przednią część cewki gruntownie z śluzu oczyszczał. Następnie polecał choremu oddać mocz, a pływające w nim nitki tylko z tylnéj części cewki pochodzić mogły. Badania w ten sposób przedsiębrane wykazały, że tylko u 7% na trypra cierpiących tylna część wolną jest od cierpienia. Letzl uważa to powikłanie za główną przyczynę rzeżączki przewlocznéj i wzywa lekarzy, aby jeżeli mają do czynienia z chorobą nad 6 tygodni trwającą, przedewszystkiem do leczenia tylnéj części cewki zabierali się, a mianowicie następującemi metodami: 1) za pomocą zgłębnika Guyona złączonego rurką gumową z zwykłą strzykawką. Wstrzykuje 10% rozczyn resorcyny, 8—10% rozczyn *thallin. sulf.* albo $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$% rozczyn azotanu srebrowego; wstrzykuje się 4—5 gramów płynu na raz, przyczem zgłębnik powoli się z cewki wysuwa; 2) za pomocą *prostata antroforu* przez aptekarza Stephana w Dreźnie sporządzonego. Najpierw każe oddać mocz, aby wśród zakładania nie powstawało parcie. Chory inteligentny nauczony przez lekarza sam może sobie przyrząd ten zakładać. Minut 5—8 wystarcza, aby się rozpuściła masa gelatynowa zawierająca 5% resorcyny, taniny lub 0·50% *Zincum sulf.* Zazwyczaj 30-razowe zastosowanie antroforu, wystarcza do zupełnego wyleczenia. (*Versmml. d. deutsch. Aerzte in Bremen* 1890 *Autoreferat*). *Dr. Mendelsburg.*

Henoch: **O pęcherzycy ostréj.**

Pęcherzyca ostra rzadko występuje jako choroba samoistna u osesków wyżéj miesiąca liczących. W późniejszym wieku dziecięcym pęcherze na skórze wprawdzie nierzadko powstają, ale są one zawsze następstwem ostrych wysypek zakaźnych i stanowią tylko objaw uboczny tychże. W innych razach pęcherzyca w tak wysokim stopniu powstaje, że należy ją uważać za powikłanie owych chorób zakaźnych wysypkowych. Autor opisuje dla udowodnienia tych twierdzeń kilka przypadków chorobowych a między innemi podaje historyję choroby 6 letniego chłopca, u którego pęcherzyca roz-

poczęła się w 6 tygodniu płonicy prawidłowo przebiegającej, która pomyślnie się skończyła. Przyczyna pęcherzycy ostréj jest jeszcze zupełnie ciemną. Prątki znalezione przez Gibbiera i Demmego w treści pęcherzy nie są prawdopodobnie przyczyną téjże, lecz według H. nie istnieje w ogóle jednolita przyczyna téj choroby, lecz najróżniejsze szkodliwe istoty we krwi krążące, przedewszystkiem ptomainy, które właśnie w chorobach zakaźnych najłatwiéj się tworzą — są w stanie wywołać pęcherzycę. (*Char. Annal.*, S. 610, 1889).

Dr. Süsskind.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5).

Loevy (Berlin): Wpływ środka Kocha na przemianę materyi. Doświadczenia swoje przeprowadzał L. na 3 chorych dotkniętych gruźlicą płuc w początkowym okresie. Umieszczał ich w osobnych pokojach, w których ustawione były przyrządy respiracyjne, a przez cały czas doświadczenia otrzymywali stale oznaczone niezmieniane pod względem ilości i jakości pokarmy. Wyniki z tych doświadczeń są następujące: Rozpad białka pod wpływem wstrzykiwań, jeżeli tylko takowe nie wywołują podniesienia ciepłoty, nie ulega żadnéj zmianie; również i zużycie istot bezazotnych w pierwszym rzędzie tłuszczu, okazało się nie zmienione, jeżeli tylko nie było gorączki. Z tego wynika, że środek Kocha sam przez się nie wpływa wcale na przemianę materyi; nie działa nawet tak jak niektóre trucizny — czego *a priori* nie można było wykluczyć — wzmagając przemianę istot azotnych. Jeżeli po injekcyi wystąpiła gorączka, to powiększyła się wprawdzie nieco ilość wydzielonego azotu, ale bardzo nieznacznie, co przypisać należy zdaniem autora krótkiemu trwaniu gorączki reakcyjnéj. Wymiana gazów zaś była różną podczas gorączki, zależnie od okresu téjże; w każdym razie wpływ był nieznaczny, a pochodził głównie od czynności mięśniowéj podczas dreszczów. Podobne zmiany w przemianie materyi zauważał L. w każdéj gorączce, wywołanéj jakąbądź chorobą ostrą lub przyostrą i dlatego podniesienie ciepłoty występujące podczas reakcyi po zastrzyknięciu środka Kocha uważać należy za typową gorączkę. (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 4).

Liebmann (Tryjest): Prątki gruźlicze we krwi chorych leczonych szczepianką Kocha. L. wylicza 9 przypadków, w których po jednéj lub kilku injekcyjach w rozmaitych dawkach badanie wykazało we krwi obecność prątków gruźliczych niezmienionych lub mniéj albo więcéj zmienionych. Badanie kontrolujące u osób nie leczonych środkiem Kocha wskazuje, że prątki występują we krwi tylko pod wpływem injekcyi.

Redakcyja *Berl. klin. Wochenschrift*, nie przyjmując na siebie odpowiedzialności za wyniki podane przez L., zwraca uwagę, że badanie preparatów z krwi leczonych w szpitalu Augusty wydało pod tym względem wyniki ujemne (*Tamże*).

Prof. Weber stosował szczepiankę Kocha u 55 chorych, z tych 42 było dotkniętych gruźlicą płuc, u 14 była także gruźlica krtani. Zestawiamy wnioski z szczegółowo podanych wyników: Jako środek rozpoznawczy gruźlicy narządów wewnętrznych limfa nie może służyć, gdyż u wielu chorych notorycznie gruźliczych injekcyje nie wywołują ogólnéj reakcyi. Wobec gruźlicy zewnętrznéj reakcyja miejscowa może prawie na pewne wskazać charakter gruźliczy cierpienia i przyczynić się do ułatwienia rozpoznania. Wyleczenia zupełnego sprawy gruźliczéj dotychczas nie spostrzeżono. Polepszenia w różnym kierunku niewątpliwie dość znaczne można było zauważyć. Między temi szczególnie na uwagę zasługuje przypadek paraplegii, wywołanéj przez gruźlicę kręgów, która poprawiła się widocznie (*Deut. med. Woch.*, Nr. 4).

Schwann (Godesberg) podaje przypadek zupełnego wyleczenia wrzodu rogówkowego gruźliczego po 6 wstrzyknięciach (stopniowo od 0·001 do 0·007). Wrzód wielkości soczewicy znikł pod wpływem leczenia środkiem Kocha nie pozostawiwszy żadnego zaćmienia na rogówce.

Kahler: Peptonuryja po wstrzykiwaniach środka Kocha. Wychodząc z tego punktu widzenia, że środek Kocha może dzięki swéj własności niszczenia tkanki gruźliczéj, jakoteż działaniu toksycznemu na ustrój wywołać peptonuryję, przedsięwziął K. badania (metodą Hofmeistra) w tym kierunku na 29 dotkniętych gruźlicą, leczonych wstrzykiwaniami. Z 200 wstrzyknięć w 33 wydało badanie moczu co do obecności peptonu wynik dodatni. Pepton występuje w moczu z początkiem gorączki, częściéj jeszcze, gdy gorączka już trwa kilka godzin lub przeszła już najwyższe nasilenie; ustępuje zaś razem z ustąpieniem gorączki. Wielkość dawki, wysokość gorączki, zachowanie się innych objawów reakcyi nie stoją w ścisłym stosunku do peptonuryi. Albuminuryja, którą autor 16 razy zawsze w małym stopniu zauważał po wstrzykiwaniach, nie jest zdaniem jego w związku z peptonuryją. Białkomocz uważa K. nie jako następstwo gorączki, lecz bezpośredniego zadrażnienia nerek. (*Wien. klin. Woch.*).

Epstein: O zastosowaniu środka Kocha u osesków i dzieci w pierwszych latach życia. Materyjał składający się z 14 dzieci w wieku od 14 dni do 3 lat posłużył autorowi do odpowiedzi na kilka kwestyj. Przedewszystkiem co do dawki, to niektóre dzieci w wieku od 5 do 8 tygodni znosiły 1 i 2 mg. bez zaburzeń w stanie zdrowia i bez reakcyi. Jako regułę uważa E., aby u dzieci niżéj 3 lat rozpoczynać od dawki 0·1 mg. i ostrożnie powiększano ją o 0·05 do 0·1 mg. Z następującą injekcyją należy dopóty czekać, dopóki reakcyja zupełnie nie ustąpi. Dawkę można powiększyć dopiero wtedy, gdy obecna nie sprowadza już wcale podniesienia ciepłoty. Dwoje dzieci urodzonych z matek gruźliczych nie oddziaływało na środek Kocha. Zjawisko to potwierdza przypuszczenie autora, że dzieci gruźliczych matek rodzą się zdrowe. (*Prag. med. Woch.*, Nr. 1 i 2).

(C. d. n.) *Dr. Beck.*

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie z dnia 22 listopada 1890 r.

Przewodniczący: kol. Mars. Obecnych członków 80.

1) Z licznych gości, których na wniosek kol. Jakubowskiego prosił przewodniczący o podpisanie się na arkuszu pamiątkowym, zapisali swe nazwiska: Dr. Ant. Wierzejski, Dr. Roman Szeliga, starszy lekarz sztab., Dr. G. Ziembicki, Dr. L. Gluziński, Dr. Prochaska, Dr. Aleksander Majewski, lek. pułk. Dr. Bolesław Mayzel, Dr. Władysław Mydlarski, Dr. Bogumił Zawadil, Dr. Adam Langie, Dr. Jakliński, Dr. Stanisław Prager, Dr. Józef Gold, Dr. Singer, lek. pułk.

2) Kol. Rydygier dzieli się z postrzeżeniami poczynionemi nad metodą Kocha w Berlinie i przedstawia chorych, którym w klinice krakowskiéj robiono wstrzykiwanie. Rzecz ta, podobnie jak

3) Odczyt kol. Gluzińskiego i

4) Przemówienie kol. Pieniążka, były umieszczone w dodatku do Nru 48 „Przeglądu Lek.“. W dyskusyi zabierał głos kol. Wilkosz. Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Posiedzenie z dn. 3 grudnia 1890.

Przewodniczący: kol. Mars. Obecnych członków 52; jako goście obecni: Dr. Kazimierz Kruk z Limanowy, Aleksander Hiener z Jasła, Dymnicki z Buska, Dobruchowski z Wiśnicza, Borelowski z Poli.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, iż na następnem posiedzeniu komitet Towarzystwa uczyni wniosek: a) co do odmiennych etykiet na środkach do wewnętrznego, a zewnętrznego użycia; b) o dołączaniu odpisów recept do etykiet.

2) Jednozgodnie przyjęto komitet przedwyborczy przez komitet Towarzystwa proponowany, w skład którego weszli koll.: Buzdygan, Cercha, Domański, Friedberg, Gwiazdomorski, Hauser, Kopff, Koy, Lachowicz, Lustgarten, Obaliński, Pieniążek, Ponikło, Rosenblatt, Smorągiewicz, Spira, Schwarz, Zanietowski, Żuławski.

3) Kol. Rydygier przedstawia przebieg wstrzykiwań limfy Kocha dokonanych na 30 chorych przez przeciąg dwóch tygodni (rzecz ta będzie ogłoszona drukiem). Do najważniejszych spostrzeżeń należy stwierdzenie, że w niektórych przypadkach wstrzyknięcie drugie, jakkolwiek w niezwiększonéj dawce, wywołuje znacznie silniejszy odczyn niż pierwsze, mogący dochodzić aż do zapadu, wśród którego sinica jest bardzo znaczna, tętno bardzo liczne (do 176). Wyleczenia dotąd nie osiągnięto, ale w wilku skóra przedstawia się znacznie zdrowiéj, a chorzy z cierpieniami w stawach okazują widoczne polepszenie.

Kol. Pieniążek u jednego z trzech poddanych doświadczeniom chorych z cierpieniem krtani stwierdził poprawę podmiotowego uczucia, a przedmiotowe jakby zmniejszenie się obrzęku koło wrzodów.

Kol. Korczyński dziękuje kol. Rydygierowi za sposobność obserwowania zmian, jakie powstają w płucach po wstrzykiwaniu płynu Kocha u chorych dotkniętych równocześnie chorobami chirurgicznemi, jak niemniéj za możność leczenia chorych gruźliczych przeniesionych z kliniki lekarskiéj do jego kliniki. Co do dotychczasowych wyników, to te nakazują zachować wiele ostrożności w sądzie i wiele zimnéj krwi w ocenianiu. To tylko na pewne już obecnie powiedzieć można, że pod wpływem wstrzykiwań nastaje w płucach miejscowa reakcyja u osób dotkniętych gruźlicą płuc. Reakcyja ta objawia się rozmaicie. Najczęściéj zauważa się nasamprzód pojawienie się rzężeń w miejscach dotkniętych naciekami lub powiększenie się ilości rzężeń, tam gdzie poprzednio były skąpe. Rzadziéj liczba rzężeń po pierwszych wstrzykiwaniach się zmniejsza. Równocześnie pojawia się odgłos bębenkowy w miejscach poprzedniego stłumienia, lub co częściéj bywa, w sąsiedztwie dawnych stłumień, a niekiedy w miejscach odległych z zaostrzeniem lub osłabieniem szmerów oddechowych. Pod wpływem dalszych wstrzykiwań odgłos bębenkowy zamienia się na przytłumiony lub stłumiony, z osłabieniem lub zaostrzeniem szmerów oddechowych, a niekiedy nawet z oddechem oskrzelowym. Jeżeli się daléj wstrzykuje, to najczęściéj stłumienie nowe jawnieje, a w miejscu tem powstają zazwyczaj różnobańkowate dźwięczne rzężenia, przyczem odgłos wypukowy znów staje się często bębenkowy. Granice pierwotnych stłumień się zwiększają, ale czy trwale, to tylko dalsza obserwacyja wykazać może. Ten przebieg zmian miejscowych, obok pojawiania się niekiedy krwi w plwocinach, tak opłucnowych lub osierdziowych i powiększania się śledziony, odpowiada zakaźnemu reakcyjnemu obrzękowi lub zapaleniu płuc, które się tworzy na mniejszéj lub większéj przestrzeni naokoło ognisk gruźliczych. Czy to zapalenie jest wstępem do leczenia zmian gruźliczych w płucach, to dopiero dalsza i dłuższa obserwacyja wykazać może.

W dalszéj dyskusyi przemawiał kol. Surzycki i kol. Gluziński, który przedstawił chorego z naciekami w obu szczytach, u którego przeprowadza systematycznie wstrzykiwania limfy Kocha. Przypadek ten jest jeszcze w ciągłéj obserwacyi i zostanie ogłoszony.

W końcu kol. Oettinger wypowiedział szereg refleksyj nasuwających się wobec zapału ogólnego, jaki środek Kocha mimo swéj tajemniczości i szczupłéj ilości doświadczeń, a niestwierdzonego jeszcze ściśle działania wzbudzić potrafił i zaznaczył pewne analogije z niektóremi w starożytności głośnemi lekami. Sekretarz: *Dr. Czesław Podgórski.*

Towarzystwo ginekologiczne w Krakowie.

VII. Posiedzenie z dnia 21 stycznia 1890.

Przewodniczący: prof. Dr. M. Madurowicz. Obecnych członków 8.

1) Prof. Dr. Rydygier wybrany członkiem Towarzystwa.

2) Kol. Kohn przedstawił 2 chore, a mianowicie: jedną dotkniętą *pseudo-hermaphroditismus masculinus*, drugą nowotworem złośliwym jamy brzusznéj. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący, Rydygier, Mars, Kohn i Cercha.

VIII. Posiedzenie z dnia 4 lutego 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9.

1) Kol. Przewodniczący zawiadamia, że według protokółów kliniki ginekologicznéj znaleziono podczas próbnéj laparotomii dokonanéj na choréj, przedstawionéj przez kolegę Kohna z powodu nowotworu jamy brzusznéj, *adenoma ovarii*, nadto dodaje, że w klinice położniczéj znajduje się kobieta, która przebyła 3 razy laparotomiję z powodu nowotworu kiszki ślepéj w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza i klinice chirurgicznéj, obecnie jako ciężarna w 9 miesiącu ciąży.

2) Dr. F. Rosenblüth wybrany członkiem.

3) Uchwalono: a) rozesłać zaproszenie na członków korespondentów do lekarzy w Galicyi, oraz aby kol. Mars zajął się wydawaniem Pamiętnika Towarzystwa.

4) Kol. Kohn i Cercha zobowiązali się pisać sprawozdania z dzienników polskich do Roczników Virchowa.

5) Kol. Cercha przedstawił 3 chore, u których stosował masowanie w zboczeniach części rodnych.

6) Kol. Rydygier okazał preparat *hydrocele congenita* wycięty u kobiety.

7) Kol. Braun opisał: Przypadek laparotomii z powodu pęknięcia macicy.

IX. Posiedzenie z dnia 4 marca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Jordan. Obecnych członków 10.

1) Wybrano członkami korespondentami Towarzystwa koll. Bąkowskiego, Błotnickiego, Bortmańskiego, Aschkenazego, prof. Czyżewicza, Moszkowicza, Rosnera, Ditiusa, Friedwalda, Gawlika, Kowalskiego, Zgórskiego.

2) Kol. Kohn przedstawił błonę doczesną miesiączkową (*membrana decidua menstrualis*) pochodzącą od panienki cierpiącéj na *dysmenorrhoea membranacea*; i chorą z włókniakiem tylnej ściany macicy. W dyskusyi zabierali głos koll. Jordan i Mars.

3) Kol. Mars przedstawił przekrój ciała kobiety zmarłéj podczas porodu z powodu pęknięcia macicy.

4) Kol. Braun pokazał preparat anatomiczny pęknięcia dobrowolnego macicy z powodu położenia poprzecznego.

X. Posiedzenie z dnia 29 kwietnia 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7

1) Przyjęto na członków korespondentów koll. Skowrońskiego i Rudnickiego, a na czynnego członka kol. Czaplińskiego.

2) Kol. Mars przedstawia wnioski wysnute z przekroju kobiety zmarłéj podczas porodu, a w dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Braun.

XI. Posiedzenie z dnia 6 maja 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 9, a jako gość: Dr. Jan Rosner ze Lwowa.

1) Kol. Cercha wygłosił odczyt: O mięsieniu w ogólności i zastosowaniu tegoż w leczeniu chorób ginekologicznych. — W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Mars.

2) Kol. Mars przedstawia preparat trąbkowéj ciąży zamacicznéj. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Braun.

3) Kol. Cercha przedstawił preparat anatomiczny mięsako-włókniaka macicy.

4) Kol. Rydygier zaprasza członków Towarzystwa ginekologicznego do wzięcia udziału w zjeździe chirurgów.

XII. Posiedzenie z dn. 3 czerwca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 7.

1) Kol. Mars przedstawia preparat macicy w 3 miesięcy ciąży dotkniętéj rakiem, wydobyty przez prof. Rydygiera. W dyskusyi zabierają głos koll. Przewodniczący, Rydygier, Obaliński, Mars, Kohn i Czapliński.

2) Kol. Mars przedstawia płód pergaminowy wydobyty podczas porodu bliźniaczego.

XIII. Posiedzenie z dn. I lipca 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 5, a jako gość Dr. Piasecki z Galaczu.

1) Uchwalono, aby: a) podczas VI. zjazdu lekarzy i przyrodników polskich Towarzystwo ginekologiczne utworzyło sekcyję ginekologiczną, a jako gospodarz wybrany został kol. Przewodniczący, zastępcą gospodarza kol. Mars, sekretarzami koll. Braun i Cercha; b) postawić na porządku dziennym 4 referaty: 1) *hyperemesis gravidarum*; 2) o postępowaniu w pęknięciu macicy; 3) o postępowaniu leczniczem w niestosunku porodowym; 4) o leczeniu włókniaków macicy.

2) Kol. Kohn odczytał: Ichtyjol w ginekologii. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący i Cercha.

XIV. Posiedzenie z dn. 21 paźdz. 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 5.

1) Kol. Obaliński przedstawił: a) preparat ciąży zamacicznéj; b) 2 macice dotknięte rakiem wyłuszczone podotrzewnowo; c) raka wyszłego z *omentum*. W dyskusyi zabierali głos koll. Przewodniczący, Obaliński, Mars, Cercha i Rydygier.

2) Kol. Mars przedstawił macicę rakowatą, wyłuszczoną przez pochwę.

XV. Posiedzenie z dn. 2 grudnia 1890.

Przewodniczący: Prof. Dr. Madurowicz. Obecnych członków 6, a jako gość Prof. Dr. Cybulski.

1) Kol. Mars przedstawił: a) preparat anatomiczny 3 tygodniowego jaja płodowego; b) prepart 3-miesięcznego jaja płodowego. W dyskusyi zabierali głos: Przewodniczący, Prof. Cybulski i kol. Cercha.

2) Kol. Przewodniczący przedstawił potwór „dwugłowca“ i poczynił przytem uwagi co do mechanizmu porodowego w podobnych przypadkach. W dyskusyi zabierali głos koll. Mars i Prof. Cybulski.

Sekretarz: *Dr. Stanisław Braun.*

VII. WIKTOR SZOKALSKI.

(Wspomnienie pośmiertne).

Z szeregów iście naukowych ubył szermierz dzielny i weteran stary. Sędziwą głowę, w zasług wawrzyn upowitą, złożył do snu wiecznego Wiktor Szokalski, nauce i społeczeństwu spłaciwszy dań piękną a sowitą.

Do grobu zstąpił mąż rozległego umysłu i wielkiego serca, co w długiéj życia swojego wędrówce krok każdy znaczył podniosłą myślą i dostojnym czynem. Mędrzec prawdziwy, bo miał miłość szczerą i wiarę głęboką, kochał swą ziemię i bliźnich, swych braci, wierzył w nauki olbrzymią potęgę, a ducha krzepił nadzieją ciągłego wśród ludzi postępu.

Tylko, kto w duszy takie piastował ideały, mógł tak stale wytrwać przy naukowym i obywatelskim sztandarze, pod który się całem sercem ochotnie zaciągnął i do późnéj starości dźwigać z pogodą i mozoł i trudy, a i niejeden krzyż życia znosić cierpliwie.

Zaiste, całem swem pracowitem, czystem i szlachetnem życiem Szokalski dowiódł, że w nim istotnie i umysłu dary i zdolność rozumu i talent i wiedza skojarzyły się nierozdzielnie z podniosłym ideałem moralnym i tak zespolone wciąż go do pożytecznego popychały działania. Co w gorącym zapale dzielny zapowiadał młodzian, co samodzielną naukową pracą i społeczną zasługą stwierdził mąż dojrzały w sił swych bogatym rozwoju, temu też wiary najwięcéj dochował zgrzybiały starzec aż do mogiły: Czynił zawsze to, co mu nakazywał obowiązek i sumienie. Ta wielka, szczerego mędrca znamionująca, zgodność głębokiéj znajomości każdego przedmiotu, który umysł jego zaprzątnął z poczuciem gorącem dobra i pożytku społecznego stawała się zawsze dla Szokalskiego skutecznym bodźcem pięknych i płodnych w następstwa czynów.

Zrodzony i wychowany w najbujniejszego romantyzmu dobie, choć już młodą pierś ozdobił waleczności znakiem, nie był to przecież wcale marzyciel gnuśniejący, ale człowiek czynu zawsze jasno obmyślanego, mąż, co wytrwale dąży do wytkniętego umiłowanego celu.

Rozległym, prawdziwie filozoficznym umysłem obejmując obszerne nauk i wiedzy widnokręgi, umiał też własną, genialną nieraz myślą spostrzegać naukowe braki i prostować błędy, a wytrwałą własną pracą zdanie swoje stwierdzać i utrwalać, zapisując na wieczne czasy imię swoje pośród tych, co wiedzę rozprzestrzeniać i naprzód pchnąć potrafili.

Wcześnie na obczyznę zagnany, zdobywa sobie tutaj przebojem stanowisko wybitne i oto wczas już młody lekarz polski staje się jednym z najpierwszych „okulistów francuskich“, a pierwszym w stolicy Francyi „prezesem stowarzyszenia lekarzy niemieckich“ — praca i nauka uczyniły go znanym i cenionym u obcych.

Mamże tu wspomnieć o jego niewzruszonych dotąd poglądach na zmysł mięśniowy, na czucie barw i o podstawowych jego pracach oftalmologicznych, co mu zjednały późniéj miano ojca okulistyki polskiéj?

Powróciwszy do kraju, zanim jeszcze z katedry uniwersyteckiéj mógł głosić naukę o życiu, a późniéj oftalmologiję wykładać, łacno dostrzega i jasno rozumie, że nie samych tylko ściśle naukowych badań, zwłaszcza u nas, potrzeba; doskonale pojmuje, że nam i lżejsza potrzebna jest strawa, że nie odrazu na niwie długo odłogiem leżącéj plon ściśléj wiedzy pomyślnie wyrasta, — więc z zaparciem się własnych ambicyj i rozleglejszych naukowych widoków, któreby pewnie niejednego znęciły, wielki uczony bierze się do popularyzowania wiedzy, gorliwie rozsiewa hojną ręką obszerne swe wiadomości, użyźniając glebę pod nowy specyjalniejszy posiew i szerząc wśród swoich zamiłowanie do prawdziwie zasadniczéj wiedzy.

Nie zliczyłbym tych prac drukowanych, odczytów, przemówień, zachęt i przedsięwzięć, które w tym kierunku bądź wyłącznie, bądź w znacznéj części Szokalskiemu zawdzięczały początek. A to wszystko przy współczesnéj nader rozległéj praktyce okulistycznéj i przy gorliwem kierowaniu Instytutem oftalmicznym, który niezmordowaną pracą do kwitnącego stanu doprowadza — zaprawdę, mąż to wielkiéj ręki!

Światłym rozumem widział, a znanêm tkliwem sercem odczuwał opłakany stan majątkowy tych lekarzy, którzy mimo wyczerpującéj zawodowéj pracy nawet starości swéj zabezpieczyć nie zdołali, — przykłada tedy czynną ręką do stworzenia „kasy wsparcia lekarzy podupadłych, oraz wdów i sierót po nich pozostałych.“ Czy potrzeba roztrząsać, ile dobrego już dotychczas instytucyja ta zdziałała.

W młodości swéj sam ciężkie przechodząc czasy przy kształceniu się za granicą aż do późnego wieku czuł i pamiętał, ile to prac ginąć może z braku środków do ich wydania, ile zdolności marnieje, jeżeli im w zaraniu karyjery zabraknie szczupłéj nieraz sumki na dalsze wykształcenie — najgorętsze więc starania poświęca wprowadzeniu w życie „kasy pomocy imienia Mianowskiego dla osób naukowo pracujących“ Nikomu z obeznanych z ruchem umysłowym u nas nie tajno, ile pożytku kasa rzeczona przynosi. A cóż mam dopiero powiedzieć o zasługach Szokalskiego dla Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego? Najlepszą cząstkę pięknéj swéj duszy kładł on w jego rozwój, a kilkadziesiąt lat pracy wytrwałéj, ogrzanéj szczerą miłością dla instytucyi, sprawiły, że po wszystkie czasy czcić ona będzie w Szokalskim swego Odnowiciela. Naukowa powaga i znaczenie Towarzystwa miały w nim światłego piastuna, a pomnożenie pomocy naukowych oraz stan gospodarczy, majątkowy i administracyjny gorliwego orędownika; przez lat téż z górą trzydzieści piastował dostojnie godność stałego sekretarza.

Myśliciel głęboki, wiedzy w najobszerniejszém znaczeniu prawym był synem. Mistrz w gałęzi nauki niejednéj, pokrewne niwy rozległym obejmował umysłem i śmiało rzec można, nie było chyba w ogóle dziedziny umysłowéj, którąby Mu całkiem była obcą — toć nawet z zamiłowaniem uprawiał poważniejszą literaturę nadobną.

A komuż nie wiadomo, że Szokalski należał do najlepiej po polsku piszących autorów i że nikt chyba lepiej od niego wiedzy gruntownéj nie łączył z prostotą stylu, jasnością i wyrazistością języka.

Ani pragnę, ani potrafię na tem miejscu wyliczać wszystkie prace naukowe Szokalskiego — toż to cała biblijoteka! Lecz nie mogę się powstrzymać od wzmianki, że obejmuje ona zakres bardzo rozległy: fizyjologija, oftalmologija, chirurgija, hygijena, psychologija i filozofija przyrody, nauki społeczne i teoryja sztuki malarskiej, to tylko część tych dziedzin, w których Szokalski pracował, pisał dzieła, rozprawy, odczyty, zabierał głos w mowie i na piśmie zawsze ściśle i poważnie. Szczegółowe rozpatrzenie całéj umysłowéj spuścizny po wielkim nieboszczyku byłoby zarówno wdzięcznem jak rozległem zadaniem, któremu wszakże jeden krytyk chybaby sumiennie nie podołał. Praca naukowa też nieustannie zaprzątała Szokalskiego, a gdy już o spostrzegawcze badania było mu trudniej, jeszcze ten potężny umysł rozglądał się szeroko w świecie idei i snuł z ogromnego zasobu dawniejszych studyjów i wiadomości rozległe filozoficzne syntezy. Dowodem jego przed parą laty wydany „Rozwój umysłowości w przyrodzie.“

Przy czytaniu téj książki dziwnego doznawałem uczucia. Mimowoli przyszli mi na myśl i owi starzy pieśniarze, co z gęślą swoją rozstać się nie mogli i Goethe piszący przed śmiercią swój przepiękny „spór fakultetów“ i ogłuchły Boethoven symfoniją uroczą żegnający ziemską pielgrzymkę.

Jest bo zaiste coś wzruszającego w tym fakcie, że starzec już fizycznie słaby, wiekiem i pracą sterany, ale duchem silny, młodzieńczo wybiega po za kres swéj codziennéj specyjalności i myślą ściga szlaki praw przyrody.

Nie zestarzał się téż Szokalski umysłowo do końca życia, skoro mógł jeszcze na parę miesięcy przed śmiercią (jesienią 1890 roku) na posiedzeniu Towarz. lekarsk. objąć w płynnym, pięknym wykładzie „postęp medycyny u nas w ciągu ostatnich lat 60-u“ i najświeższe nawet zdobycze bakteryjologiczne w zakres wykładu wprowadzić. Zaprawdę nie wiem, czy więcéj podziwiać tę krzepkość i świeżość umysłu, co potrafił do dni ostatnich rozumieć i obejmować najświeższych badań zdobycze, czy czcić goręcéj to rozrzewniające przywiązanie do pracy i prawdy, tę wiarę żywą w postęp, co temu zgrzybiałemu weteranowi kazały wytrwać do końca przy sztandarze nauki, a jak prorokowi włożyły w stygnące usta słowa natchnione: „jest lepiej, niż było, a przy waszej pracy jeszcze lepiej być może i będzie!“

Warszawa w Styczniu 1891. *Dr. Aleksander Fabian.*

Przyczynki do Epidemijologii Wschodu.

Podał

Dr. Władysław Jabłonowski w Burgas.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 5.)

Otóż w drugiéj połowie lipca zostaje zaatakowanem miasteczko Rawanduz, położone na wschód od Mossulu i zbliżone ku granicy perskiéj. Okolica ta poprzerzynana rozgałęzieniami nieznacznego górskiego pasma Balak zasobna w liczne strumienie, przeobrażające się następnie w koryto górnego Zarbsu, z dość licznemi wiejskiemi osadami, których mieszkańcy zajmują się przeważnie ogrodnictwem i hodowlą bydła, podobnie jak w roku przeszłym tak i teraz, spłaciła prawdziwy haracz ustalającéj się tu niejako zarazie

Jednocześnie z miasteczka Zacho cholera zaznaczywszy swe przejście kilkoma tylko przypadkami ze stosunkowo szczęśliwem zejściem, przerzuca się do Fejszywaru i to nie już drogą zwykłych miejscowych komunikacyj, a tylko podług zapewnień tamecznej władzy, za pośrednictwem tratew kursujących po rzece Chabur. Uwzględniając warunki klimatyczne téj miejscowości, jéj położenie na wyniosłych trachytowych pokładach wybrzeża Tygru, kryjących się w bujnych zaroślach drzew figowych, wreszcie zadowalający stan zdrowotny pośród dostatnich wogóle mieszkańców, można było mniemać, że punkt ten pozostanie wolnym od zarazy. Okazuje się jednak, że przerzucona tu plaga szerzyła się z większą jeszcze energiją, aniżeli gdzieindziéj. Trzymała się jednak tego punktu tylko dni sześć, porwawszy trzynaście osób na siedmnaście zauważanych przypadków. Lecz nie znajdując tutaj odpowiednich warunków do swego ustalenia się, pomijając nawet posterunek sanitarny, jakim pospieszono przedzielić okolice zakażone od północnych okolic prowincyi, zaraza gasnąc w Fejszywarze, dzieli się na dwa prądy niejako i jednym dąży lewym wybrzeżem Tygru, sięgając do Dżezyreh, drugim zaś zachodnio północnym, zaznaczając swój postęp nieznaczną śmiertelnością, przedostaje się aż do miasta Mardyn. Postrach i groza zapanowują w tym średniowiecznym krzyżackim przystanku a to tem więcéj jeszcze, że pierwsze przypadki cholery zaszły tu w klasztorze panien dominikanek pośród uczącéj się młodzieży. Oszczędzając jednak obcy tu pierwiastek, cholera przerzuca się do dolnéj części miasta, gdzie pośród Ormian i Izraelitów sprawia dotkliwe straty. Energija, z jaką tu się szerzy, wpływać się zdawała na czas trwania zarazy, kilkodniowy tylko, lecz cechujący się przeważną liczbą nieszczęśliwych zejść.

Miasto Mardyn jest punktem pośrednim z jednéj strony między Dżezyreh i Urfą, z drugiéj zaś od północy ze stolicą prowincyj Diarbekirem. Stosunki z tym ostatnim są bardzo ożywione. Nic więc dziwnego, że i warunki zdrowotne Diarbekiru wkrótce zostają zachwiane stale postępującą na północ zarazą. Jednakże i to jest fakt zasługujący na zanotowanie, że cholera tu wybuchła okazuje się bardzo łagodną pomimo nieszczególnych warunków klimatycznych, stale podtrzymywanych brakiem łatwego dostępu prądów powietrza, rozbijających się niejako o wysokie średniowieczne mury, grubem pasmem, w całem tego słowa znaczeniu krępującem całe miasto. Jakkolwiek położony na prawem wybrzeżu Tygru, Diarbekir wznosi się na samotnem bezżyznem wzgórzu, przedzielonem od rzeki parokilometrowem pasmem krzemionki i trachytowego żwiru. W każdéj porze roku nieznośny tu klimat, słusznie nazywany kazamatowym. I nietylko przejezdni, ale i osiedli mieszkańcy uskarżają się zwykle na ścieśnione powietrze, dokuczliwe upały i zimną długotrwałą wilgoć. Pomijam już sterty nieczystości, nagromadzone w obszernych tutejszych „karawanserajach“ i wyziewy ze składów surowych skór, przerabianych na ceniony safian. Przy takich więc warunkach klimatycznych słuszną była obawa, że cholera rozgościwszy się tu nad innemi zakaźnemi chorobami, rozwinie się do niezwykłego stopnia. Spotykamy tu jednak fakt, potwierdzający bardzo łagodny charakter zarazy, która w ciągu jedno miesięcznego trwania zaatakowała 23 osoby, niesprowadziwszy żadnego przypadku śmierci. Była to jednak plaga z prawdziwie azyjatyckiemi objawami, a nie coś „swojskiego“, jak ją pozwolił sobie zatytułować poduczony we Francyi wielkorządca prowincyj. Może też żyjątka Kocha spotkały się z wrogiemi sobie fagocytami?

Ostatnim wreszcie punktem w wielkim trójkącie, jakim da się określić tegoroczny postęp cholery w tureckim Kurdystanie, jest to miasto Bitlis, położone na południowo-zachodniéj stronie jeziora Wan. Zaraza wybuchła tu w końcu lipca, cechując się bardzo groźnemi objawami chorobowemi, którym bezwarunkowo uległa cała ilość dotkniętych w liczbie 47. Wszelkie usiłowania w celu zebrania materyjału, mogącego wykazać drogi przedostania się tu cholery, opierają się dotychczas tylko na przypuszczeniach. Zdaniem miejscowych lekarzy przerzucenie się zarazy do Bitlis jest tylko prostem następstwem charakteru tegorocznéj cholery w Kurdystanie, mianowicie skłonności do szybkiego przerzucania się z okolic zakażonych do innych, bez względu na ich odległość. Jest to prawdopodobnem, a to tem więcéj, że stosunki Bitlisu z okolicą nadtygrzańskich wybrzeży są bardzo nieznaczne i ograniczają się przeważnie do spławiania drzewa tratwami po rzece Bitlis-czay. Przy ujściu tego napływnika do Tygru flisacy tutejsi zwykli się spotykać z tratwami przybywającemi z Diarbekiru. Przy możebnem więc zetknięciu się z jakimś chorym biedakiem, przy następnym powrocie lądem, mogą stać się pośrednikami w przeniesieniu chorobowego zarazka do dalszéj okolicy. (C. d. n.)

VIII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 lutego. Sprawa utworzenia Wydziału lekarskiego w Uniwersytecie lwowskim zrobiła ważny krok naprzód. W skutek polecenia Namiestnictwa z d. 12 stycznia b. r. do L. 13/pr, odbyła się w dniach 1 i 2 lutego b. r. w biurach tutejszego Delegata namiestniczego ankieta w sprawie założenia rzeczonego Wydziału lek. pod przewodnictwem wice-prezesa Rady szkolnéj radcy dworu Dra Bobrzyńskiego. W ankiecie téj oprócz grona profesorów Wydziału lek. krakowskiego brali udział protomedyk Dr. Merunowicz i prof. chemii uniw. lwowskiego Dr. Radziszewski; obowiązki sekretarza pełnił praktykant przy starostwie tutejszem, docent Dr. Blumenstok.

Narady ankiety opierały się na założeniach następujących: 1) że utworzenie Wydziału lekarskiego we Lwowie nastąpi successive przez otwarcie co rok jednego kursu poczynając od kursu pierwszego; 2) że wydział ten liczyć może przeciętnie na taką samą liczbę uczniów, jak Wydział krakowski, lub nie wiele mniejszą; 3) że urządzeniem swojem odpowiadać powinien dzisiejszemu stanowi nauki, z możliwem jednakże zaszanowaniem finansów państwa; 4) że Wydział filozoficzny na Uniwersytecie lwowskim potrzebie uzupełniającego wykształcenia medyków jest w stanie w zupełności zadość uczynić.

W tych granicach p. Namiestnik żądał od ankiety odpowiedzi na pytania następujące: 1) ile i jakich katedr (zwyczajnych lub nadzwyczajnych) ma być zaprowadzonych i do jakich przedmiotów, oraz w jakiéj po sobie kolei; 2) jakich ukwalifikowanych kandydatów na profesorów możnaby przedstawić i pozyskać, a ewentualnie jakich należałoby dopiero specyjalnie wykształcić; 3) jakie instytuta należałoby założyć; 4) jakiemi ubikacyjami miałby każdy z tych instytutów w szczególności rozporządzać, na jakie szczegółowe cele i w jakich rozmiarach. (Przy klinikach należy podać liczbę łóżek); co się zaś tyczy instytutów nieklinicznych zastanowić się nad pytaniem, czy nie możnaby ich umieścić razem w jednym wystawić się mającym gmachu; 5) jakich sił pomocniczych, asystentów, elewów, demonstratorów sług itp. wymagałby każdy instytut i z jaką płacą lub wynagrodzeniem; 6) jaka kwota byłaby potrzebną na założenie zbiorów i wewnętrzne urządzenie każdego instytutu i o ile możnaby ją na szereg lat rozłożyć; 7) jaką dotacyję roczną stałą wypadłoby każdemu instytutowi wyznaczyć.

Dla przyspieszenia obrad ankiety i dostarczenia jéj gotowego materyjału wymagano, ażeby każdy profesor przyniósł na posiedzenie odpowiedzi na pytania powyższe w formie specyjalnych do każdego przedmiotu pisanych referatów, któreby się załączyło do protokołów obrad.

Pod odczytaniu przez prof. Rydygiera odnośnego sprawozdania Wydziału lek. krakowskiego i przeprowadzeniu dyskusyi ogólnéj przystąpiono do odczytania referatów poszczególnych profesorów a nad sprawozdaniami temi toczyła się żywa dyskusyja. Z kolei zdawali sprawę proff. Teichman, Madurowicz, Cybulski, Stopczański, Adamkiewicz, Łazarski, Browicz, Blumenstok, Korczyński, Rydygier, Rosner, Jakubowski (w imieniu i z upoważnienia nieobecnego z powodu słabości prof. Rydla, oraz w imieniu własnem), wreszcie proff. Domański, Pieniążek i prof. Cybulski (co do dentystyki).

Poczem przewodniczący zamknął posiedzenie, dziękując obecnym, prof. Teichman zaś podziękował przewodniczącemu za jego starania i dobre chęci.

Otóż w krótkości przebieg narad, które trwały 6—7 godzin; protokół dokładny oraz poszczególne sprawozdania fachowe p. przewodniczący przedłoży Namiestnictwu. Z nich Rząd poweźmie przekonanie, że utworzenie Wydziału lek. we Lwowie jest tylko kwestyją pieniężną, bo zasadniczych przeszkód znikąd nie podniesiono; nabędzie także przekonania, że z małemi wyjątkami i kwestyja osób nie nastręcza prawie żadnych trudności.

* Na posiedzeniu Tow. lek. krak., odbytem w dniu 4 bm., wybrano członkami Tow. Drów Kośmińskiego i Świtalskiego, poczem Przewodniczący zawiadomił Towarzystwo o zmianie Statutu Tow. lekarzy galicyjskich, oraz że kol. docent Trzebicky podjął się dostarczenia referatów z prac lekarskich polskich z roku ubiegłego do roczników Virchowa i Hirscha, a wiadomość tę obecni przyjęli oklaskami. Następnie kol. Wilkosz miał wykład zapowiedziany, a w dyskusyi wzięli udział koll. Rydygier, Obaliński i prelegent; w końcu kol. Surzycki miał rzecz o nowszych środkach nasennych, a w dyskusyi zabierali głos koll. Wilkosz, Żuławski, Pieniążek i Obaliński.

* Równocześnie odzywa się ostra krytyka przeciw leczeniu i postępowaniu Kocha we Francyi i w Rosyi. Prof. Verneuil w wykładzie mianym w Hôtel Dieu nazywa odkrycie Kocha umiejętnym Sedanem, z tą tylko różnicą, że katastrofa tym razem odgrywa się z tamtéj strony Renu. W podobny sposób wyraził się na IV. Zjeździe lek. rosyjskich prof. Sklifassowski. Kolegijum lekarskie w Szkocyi zakazało członkom swoim ogłoszenia wyniku doświadczeń z limfą Kocha w dziennikach nielekarskich, uważając ogłoszenie to za niezgodne z godnością lekarską.

* Miejsce Eulenburga, który złożył redakcyję czasopisma *Vierteljahrschrift f. gerichtl. Medicin*, zajął radzca lekarski i rządowy Dr. Wernich w Coslinie.

* W tygodniu 3 (18—24 stycznia) było w Krakowie małżeństw 21, urodzin 59, skonów 49 (34·19), z tych z zap. płuc 14, z gruźlicy 9, z dławca i błonicy 4, z płonicy 2.

(*J. L.*) W pięknym artykule wstępnym *The Provincial Med. Journal* Dr. Tomasz M. Dolan ostro krytykuje Kocha, jakoteż Towarzystwa lekarskie wszystkich państw cywilizowanych za to, że pozwoliły używać środka tajemniczego w celach leczniczych. Cały ogół lekarski powinien był wezwać Kocha, aby wyjawił, czem jest ten płyn i w jaki sposób można go otrzymać? Daléj autor artykułu tego występuje dość ostro przeciw saméj eksploatacyi tego środka w Berlinie. W praktyce bowiem prywatnéj miały dziać się pewne nadużycia, tak na niekorzyść pacyjentów, jakoteż i nauki. Autor wreszcie wyraża nadzieję, że lekarze berlińscy nie zaniechają pierwszéj sposobności, ażeby zażądać wyjaśnienia tych, którzy odważyli się odstąpić od moralnych zasad obowiązujących stan lekarski i kończy swój artykuł wnioskiem, ażeby honoraryja wyłudzane od chorych, którzy mimo wstrzykiwań wyzdrowieć nie mogli, odebrano i ofiarowano na pewne cele humanitarne. (*Wracz*, Nr. 1, 1891).

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktora w. nauk lekarskich otrzymał w uniw. Jagiell. p. Jan Kolessa, rodem z Sopotowa w Galicyi.

* **Nekrologija.** W Petersburgu umarł prof. chirurgii Dr. Reyher w 44 roku życia. — W Brukseli umarł okulista Dr. Warlomont (urodzony w roku 1820, b. prezes akademii lek. belgijskiéj, redaktor *Annales d'oculistique*); w Berlinie Dr. Edward Michaelis, b. asystent Graefego, licząc lat 67.

Korespondencyja Redakcyi i Administracyi.

Dr. L. w St. W taksie taki przypadek nie przewidziany; można atoli likwidować 2 złr. 10 cnt., jak za wydanie osobnego orzeczenia.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

KONKURS.

W gminie miejskiéj Varcar Vakuf w powiecie Jajce opróżnioną jest posada lekarza gminnego, połączona z płacą 1200 złr. rocznie, na którą niniejszem rozpisuje się konkurs do dnia 10 marca b. r. — Ubiegający się o tę posadę mają się wykazać dyplomem doktora wszech nauk lekarskich, przynajmniéj roczną praktyką szpitalną lub prywatną, jakoteż znajomością języka niemieckiego i jednego słowiańskiego. — Podania udokumentowane należycie bezpośrednio należy nadesłać do „Bezirksamt Jajce“ (Bośnia). — Bliższych wiadomości, tyczących się miasta Varcar Vakuf i okolicy, jakoteż stosunków mogących obchodzić starających się o tę posadę, udziela Redakcyja „Przegl. Lek.“

Varcar Vakuf 15 stycznia 1891.

21—3—1 *Skarien*, burmistrz.

L. 5. **KONKURS.**

Celem obsadzenia dwóch posad lekarzy miejskich przy Urzędzie miejskim król. woln. miasta Lubaczowa, rozpisuje się niniejszem konkurs z terminem podań do 20 go Lutego 1891 roku

Płaca roczna wynosi 300 złr. w. a.

Do obowiązków lekarza miejskiego, należą oprócz bezpłatnego leczenia ubogich miejscowych, także oględziny ciał zmarłych, tudzież oględziny bydła i mięsa. Ogólna czynność zostanie przez Naczelnictwo gminy instrukcyją odpowiednio rozdzielaną.

Pierwszeństwo mają doktorowie medycyny.

W miejscu znajduje się c. k. Sąd powiatowy, tudzież stacyja kolejowa.

Lubaczów, dnia 31 Stycznia 1891.

23—2—1 Burmistrz: *Ignacy Szydłowski*, w. r.

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.